А. А. Александров

ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ



Москва · Санкт-Петербург · Нижний Новгород · Воронеж
Ростов-на-Дону · Екатеринбург · Самара · Новосибирск
Киев · Харьков · Минск
2009

ББК 53.57
УДК 615.851
А46

Александров А. А.
А46 Интегративная психотерапия. — СПб.: Питер, 2009. — 352 с.: ил.

ISBN 978-5-388-00270-9

В пособии представлены наиболее важные вопросы интегративной психотерапии, ставшей «духом времени» для психотерапевтической практики XXI века. Изложены предпосылки интегративного движения, особенности классического психоанализа, патогенетической, когнитивно-поведенческой психотерапии, гештальт-терапии и т. д. Отдельная глава посвящена групповой терапии.

Издание предназначено для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и представителей смежных специальностей.

ББК 53.57
УДК 615.851

ISBN 978-5-388-00270-9

Оглавление

Введение

В последние два десятилетия отмечается усиление тенденции к интеграции различных методов психотерапии. В обзоре «Интегративное движение в психотерапии» (1989) Б. Д. Бейтман, М. Р. Голдфрид и Дж. С. Норкросс с оптимизмом оценивают будущее интегративного движения, которое станет «духом времени» следующих нескольких десятилетий для исследований и практики психотерапии. По прогнозам авторов, неподтвержденные теории о психотерапевтическом процессе уступят место солидным концепциям, в разработку которых войдут различные подходы. Великий харизматический лидер, провозглашающий истинный путь, будет иметь все меньше приверженцев, поскольку психотерапия становится все более прагматичной. Новые идеи будут приветствоваться как вклады, а не как квантовые выбросы в непознанную область исследования. Практикантов станут обучать признанию ценности каждого подхода, а также осознанию неизбежного влияния их собственных личностей на психотерапевтический процесс.

О значимости интегративного движения свидетельствует, в частности, издание международного «Журнала интегративной и эклектической психотерапии». Соединенные в названии журнала понятия «интегративный» и «эклектический» дополняют друг друга. Использование термина «эклектицизм» в психотерапии ограничивается техническим синтезом клинических методов. «Техническая эклектика» — термин, предложенный А. Лазарусом — использует процедуры, заимствованные из различных источников, без обязательного согласия с теориями, которые их породили. Термин «интеграция» приобрел более теоретическое значение. «Интеграция» обычно обозначает концептуальный синтез различных теоретических систем. «Эклектицизм» является одним из компонентов интеграции психотерапии; «эклектицизм» атеоретичен, но эмпиричен в прагматическом применении того, что уже существует.

Интегративное движение — не причуда нового времени, а закономерный этап эволюционного развития психотерапии. Многие современные подходы можно рассматривать как более высокую ступень эволюции

психотерапии — в них «в снятом виде» присутствуют предшествующие идеи и концепции. В силу этого интегративную тенденцию психотерапии можно рассматривать как неотъемлемую черту ее развития, как в недавнем прошлом стихийный, а теперь уже целенаправленный творческий процесс на основе накопленного опыта предшественников. Прекрасным примером в этом отношении может служить гештальт-терапия Фредерика Перлза, в которой элементы психоанализа, психодрамы, телесной терапии и дзен-буддизма составляют единый сплав, иллюстрируя известное положение гештальт-психологии о том, что «целое не сводится к сумме составляющих его элементов».

В основных подходах психотерапии (психодинамическом, когнитивно-поведенческом и феноменологическом) имманентно заложены предпосылки для их интеграции в единую систему, поскольку точкой их приложения является единый объект — человеческая личность, хотя каждый из них акцентирует ее разные аспекты и проблемы, чем и обусловлено различие в методах психотерапии. Далее, идея интеграции различных психотерапевтических приемов заложена в самой сущности личностно-ориентированных систем психотерапии, поскольку любая психотерапия, ориентированная на личностное изменение, акцентируя, как правило, одну из плоскостей личностного функционирования (когнитивную, эмоциональную, поведенческую), не может полностью игнорировать другие. Внутри единого психотерапевтического подхода существенно использование в зависимости от конкретных задач каждого этапа лечения определенных приемов воздействия на познавательные, эмоциональные и поведенческие стереотипы патологического реагирования пациента. Подобные приемы, детально разработанные в основных психотерапевтических направлениях, могут успешно дополнять друг друга. В частности, на одном этапе лечения полезен психодинамический подход, расширяющий сферу познания пациента (достижение инсайта), на другом этапе — поведенческий подход, помогающий ему выработать новое, более конструктивное и зрелое поведение. Интеграция когнитивной и поведенческой терапии, возникновение на основе этого слияния нового подхода — когнитивно-поведенческого — важная веха на пути создания интегративной модели психотерапии.

Важным стимулом для интеграции различных подходов является широкое внедрение в практику групповой психотерапии. Групповая психотерапия создает уникальную терапевтическую ситуацию, связанную с включением пациента в реальное взаимодействие с другими

людьми, при которой создаются условия интенсивного психологического воздействия на все плоскости личностного функционирования. Групповая психотерапия с неизбежностью подводит к использованию приемов, предназначенных для воздействия на когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты личности, разработанных в рамках различных терапевтических подходов.

Другими факторами, которые способствовали развитию интегративного движения, являются: 1) распространение многочисленных форм и методов психотерапии, затрудняющих выбор, а также их изучение и применение; 2) неадекватность ни одного из психотерапевтических направлений для всех категорий пациентов; 3) поиск общих базовых процессов, характерных для всех форм психотерапии, и постепенное признание того факта, что разные методы, по сути, могут иметь больше сходств, чем различий; 4) примерно равная эффективность лечения независимо от форм психотерапии; 5) акцент на существенной роли взаимоотношений психотерапевт—пациент при любых формах психотерапии; 6) социально-экономические процессы в обществе, предъявляющие повышенные требования к качеству, продолжительности и эффективности лечения и оказывающие более объединяющее, чем разъединяющее психотерапевтов действие. Важнейшей характеристикой интегративного движения в психотерапии является учет психотерапевтом при выборе методов не столько собственных теоретических позиций, сколько индивидуальных клинико-психологических особенностей личности и болезни, а также потребностей пациента.

В России интерес к проблемам интеграции заметно возрастает после выхода сборника научных трудов Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева «Интегративные аспекты современной психотерапии» под редакцией Б. Д. Карвасарского, В. А. Ташлыкова, Г. Л. Исуриной (1992), в котором впервые рассматривается возможность интеграции принципов и методов основных направлений зарубежной психотерапии на основе отечественного подхода — патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева.

Заслуга Мясищева заключается в том, что он произвел основательную «ревизию» психоанализа, преодолев его биологическую направленность и создав социально-психологическую модель психотерапии. Среди тех, кто стремился придать психоанализу более «культурное лицо», Мясищев был наиболее последовательным и кардинальным преобразователем: сохранив понятие интрапсихического (психодинамического)

конфликта, он отбросил вольные интерпретации психоанализа, основанные на *мифологии*, заменив их анализом *реальных* жизненных отношений. Интрапсихические конфликты описываются Мясищевым не по содержанию, как у Фрейда, а по структуре. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы наполнить интрапсихический конфликт содержанием, почерпнутым из конкретной жизненной ситуации пациента и анализа его системы отношений. Из психоанализа были заимствованы и такие понятия, как «психологические механизмы защиты», «инсайт», «эмоциональное отреагирование» («катарсис») и др. Таким образом, разрабатывая патогенетическую психотерапию, Мясищев интегрировал в эту систему, теоретической основой которой послужила разработанная им социально-психологическая модель личности, известные достижения психотерапии своего времени.

Настоящая ситуация в психотерапии характеризуется осознанным стремлением к интеграции различных методов психотерапии. Многие психотерапевты, работая в рамках выбранного ими психотерапевтического подхода, заимствуют те или иные методы из других подходов, что продиктовано стремлением повышения эффективности психотерапии. В связи с этим назревает необходимость поиска единой интеграционной платформы, теоретико-методологической основы психотерапии. С нашей точки зрения, этой цели наилучшим образом отвечает модель личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. В развитии личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии можно выделить три этапа.

Первый этап связан с деятельностью самого В. Н. Мясищева, его учеников и последователей (Р. Я. Зачепицкий, Б. Д. Карвасарский, Е. К. Яковлева и др.) и характеризуется разработкой модели индивидуальной патогенетической психотерапии. В ходе патогенетической психотерапии решалась в основном задача осознания нарушенных особо значимых отношений личности и возникающих на этой основе в психотравмирующей ситуации интрапсихических конфликтов. Возможности же коррекции нарушенных отношений в ситуации диадного взаимодействия терапевт—пациент были ограничены, в силу чего конечная цель патогенетической психотерапии — реконструкция личности — не могла быть реализована в полной мере и имела скорее декларативный характер.

Второй этап (1970–1980) — развитие модели групповой патогенетической психотерапии — связан с деятельностью Б. Д. Карвасарского и руководимого им коллектива (Г. Л. Исурина, В. А. Ташлыков и др). Ши-

рокие возможности, которые предоставляла групповая динамика для реконструкции нарушенной системы отношений, вызвали необходимость в переименовании патогенетической психотерапии в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию. Модель начинает приобретать черты интегративной: интеграция групповой динамики в систему патогенетической психотерапии.

Наконец, третий, современный, этап ознаменован целенаправленными попытками создания интегративной модели психотерапии. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия является открытой системой для интегрирования с другими психотерапевтическими подходами. На язык патогенетической психотерапии можно без труда перевести основное содержание высказываний других школ, в том числе психоанализа, поскольку ее подход лишь предлагает структуру, в которую могут быть включены конкретные содержания.

Поскольку личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия включает три плоскости изменений: когнитивную, эмоциональную, поведенческую, и сам процесс психотерапии основан на практически равнозначном использовании когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов (Г. Л. Исурина), то спектр терапевтического воздействия при интегративном подходе значительно расширяется: для решения задач коррекции отношений в каждой из трех плоскостей могут применяться приемы из разных психотерапевтических направлений. При этом различные психотехники выполняют тактические задачи, способствуя достижению основной стратегической цели — реконструкции нарушенной системы отношений человека.

На современном этапе разработки интегративной модели в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии могут быть интегрированы принципы и методы феноменологического подхода (клиент-центрированной психотерапии Роджерса, гештальт-терапии Фредерика Перлза), а также методы поведенческого и когнитивного подходов (рационально-эмотивной терапии Альберта Эллиса, когнитивной терапии Аарона Бека). Будучи привлеченными в качестве дополнительных средств для реализации целей личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, они выполняют разные задачи в той или иной плоскости нарушенных отношений. Так, принципы феноменологического подхода (экзистенциально-гуманистической психотерапии) создают условия, необходимые для изменений — осознанности, самопринятия и спонтанности; приемы гештальт-терапии, воздействуя в большей

степени на эмоциональный аспект отношений, способствуют освобождению подавленных чувств и в то же время осознанию (а затем и интеграции) противоречивых тенденций личности; методы когнитивного подхода напрямую воздействуют на нарушенные отношения (иррациональные, дисфункциональные убеждения, установки), на их осознание и последующую коррекцию; методы поведенческой терапии — на коррекцию дезадаптивных стереотипов поведения.

Предлагаемая читателю книга представляет собой пособие, предназначенное для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов. В дидактических целях для читателя, знакомого с психоанализом лишь поверхностно, специально включена глава о классическом психоанализе, с тем чтобы подготовить его к восприятию содержания следующей главы — «От ортодоксального психоанализа к патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева», — важной для понимания истоков личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Глава 1

Предпосылки интегративного движения

Триединство основных подходов психотерапии

Основные психотерапевтические подходы (психодинамический, феноменологический, когнитивно-поведенческий) акцентируют разные аспекты единого объекта — человеческой личности, чем и обусловлено различие в их методах.

Психодинамический подход

Последователи психодинамического подхода утверждают, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Основы этого подхода были заложены Зигмундом Фрейдом, который сравнивал личность человека с айсбергом: верхушку айсберга представляет сознание, основную же массу, расположенную под водой и невидимую, — бессознательное.

Личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов. Первый компонент — Ид (оно) — резервуар бессознательной энергии, называемой либидо. Ид включает базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются, а именно: Эрос — инстинкт удовольствия и секса и Танатос — инстинкт смерти, который может мотивировать агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. Ид ищет немедленного удовлетворения, невзирая на социальные нормы или права и чувства других. Другими словами, Ид действует согласно *принципу удовольствия*.

Второй компонент личности — Эго (я). Это — разум. Эго ищет пути удовлетворения инстинктов с учетом норм и правил общества. Эго находит компромиссы между неразумными требованиями Ид и требованиями реального мира — оно действует согласно *принципу реальности*. Эго пытается удовлетворить потребности, защитив при этом человека от физического и эмоционального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже об отреагировании импульсов, исходящих из Ид. Эго — исполнительная власть личности.

Третий компонент личности — Суперэго. Этот компонент развивается в процессе воспитания как результат интернализации родительских и социальных ценностей. Фрейд использует для этого процесса термин «интроекция». Суперэго включает интроецированные ценности, наши «надо» и «нельзя». Это наша совесть. Суперэго действует на основе *морального принципа*, нарушение его норм приводит к чувству вины.

Столкновение инстинктов (Ид), разума (Эго) и морали (Суперэго) приводят к возникновению *интрапсихических, или психодинамических, конфликтов*. Личность отражается в том, как человек решает задачу широкого спектра потребностей.

Наиболее важная функция Эго — образование защитных механизмов против тревоги и вины. Механизмы защиты — это бессознательная психологическая тактика, помогающая защитить человека от неприятных эмоций, — вытеснение, проекция, образование реакции, интеллектуализация, рационализация, отрицание, сублимация и др. Невротическая тревога, по Фрейду, это сигнал того, что бессознательные импульсы угрожают преодолеть защитные механизмы и достичь сознания.

Благодаря действию защитных механизмов бессознательное становится трудным для исследования, но Фрейд разработал для этого метод — *психоанализ*. Психоанализ включает толкование свободных ассоциаций, сновидений, обыденного поведения (обмолвок, ошибок памяти и др.), анализ переноса.

Психоанализ (и любой другой метод в рамках психодинамического подхода) ставит перед собой две основные задачи:

1) добиться у пациента осознания (инсайта) интрапсихического, или психодинамического, конфликта;
2) проработать конфликт, то есть проследить, как он влияет на актуальное поведение и на интерперсональные отношения.

Например, психоанализ помогает пациенту осознать скрытые, подавленные чувства гнева по отношению к родителю. Это осознание

дальше дополняется работой над тем, чтобы пациент эмоционально пережил и освободил подавляемый гнев (катарсис). Эта работа помогает затем пациенту осознать, как бессознательный конфликт и связанные с ним защитные механизмы создают межличностные проблемы. Так, враждебность пациента к начальнику, старшему сотруднику или другой «родительской фигуре» может являться символическим, бессознательным отреагированием детских конфликтов с родителем.

Таким образом, психодинамический подход подчеркивает важность для понимания генеза эмоциональных расстройств и их лечения интрапсихических конфликтов, которые являются результатом динамической и часто бессознательной борьбы внутри личности противоречивых ее мотивов.

Разновидностью психодинамической психотерапии является наша отечественная личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, разрабатываемая в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, теоретической основой которой служит *психология отношений* В. Н. Мясищева. Главной целью этой модели является реконструкция системы отношений, нарушенной в процессе развития личности под воздействием социальных факторов, прежде всего искаженных межличностных отношений в родительской семье. Нарушенная система отношений не позволяет человеку рационально решать возникающие в трудной жизненной ситуации интрапсихические конфликты, что и приводит к возникновению невроза. Осознание конфликта является одной из важных задач в процессе психотерапии.

Феноменологический подход

Согласно феноменологическому подходу, каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность, — феноменологией.

Сторонники этого подхода убеждены, что не инстинкты, внутренние конфликты или стимулы среды детерминируют поведение человека, а его личное восприятие реальности в каждый данный момент. Человек — не арена для решения интрапсихических конфликтов и не бихевиоральная глина, из которой благодаря научению лепится личность. Как говорил Сартр: «Человек — это его выборы». Люди сами себя контролируют, их поведение детерминировано способностью де-

лать свой выбор — выбирать, как думать и как поступать. Эти выборы продиктованы уникальным восприятием человеком мира. Например, если вы воспринимаете мир как дружелюбный и принимающий вас, то вы, скорее всего, будете чувствовать себя счастливым и пребывающим в безопасности. Если же вы воспринимаете мир как враждебный и опасный, то вы, вероятно, будете тревожным и дефензивным (склонным к защитным реакциям). Феноменологические психологи рассматривают даже глубокую депрессию не как психическое заболевание, а как признак пессимистического восприятия индивидом жизни.

Фактически феноменологический подход оставляет за пределами своего рассмотрения инстинкты и процессы научения, которые являются общими и для людей, и для животных. Вместо этого феноменологический подход сосредоточивается на таких специфических психических качествах, которые выделяют человека из животного мира: сознание, самосознание, креативность, способность строить планы, принимать решения и ответственность за них. По этой причине феноменологический подход называется также *гуманистическим*.

Другое важное предположение этого подхода состоит в том, что у каждого человека есть врожденная потребность в реализации своего потенциала — в личностном росте, хотя среда может блокировать этот рост. Люди от природы склонны к доброте, творчеству, любви, радости и другим высшим ценностям. Феноменологический подход подразумевает также, что никто не сможет по-настоящему понять другого человека или его поведение, если не попытается взглянуть на мир глазами этого человека. Феноменологи, таким образом, полагают, что любое поведение человека, даже такое, которое кажется странным, исполнено смыслом для того, кто его обнаруживает.

Эмоциональные нарушения отражают блокирование потребности в росте (в самоактуализации), вызванное искажениями восприятия или недостатком осознания чувств. Д. Бернштейн, Е. Рой и их коллеги (D. Bernstein, E. Roy et al.) указывают на следующие основные положения гуманистической психотерапии.

1. Лечение есть встреча равных людей («энкаунтер»), а не лекарство, прописываемое специалистом. Оно помогает пациенту восстановить свой естественный рост и чувствовать и вести себя в соответствии с тем, какой он есть на самом деле, а не с тем, каким он должен быть по мнению других.
2. Улучшение у пациентов наступает само по себе, если терапевт создает правильные условия. Эти условия способствуют осознанно-

сти, самопринятию и выражению пациентами своих чувств. Особенно тех, которые они подавляли и которые блокируют их рост.

Как и при психодинамическом подходе, терапия способствует инсайту, однако в феноменологической терапии инсайт — это осознание текущих чувств и восприятий, а не бессознательных конфликтов.

3. Наилучший способ создания этих правильных (идеальных) условий — установление отношений, при которых пациент чувствует безусловное принятие и поддержку. Терапевтические изменения достигаются не вследствие применения специфических техник, а вследствие переживания пациентом этих отношений.
4. Пациенты полностью ответственны за выбор своего образа мыслей и поведения.

Наиболее известными из форм феноменологической терапии являются клиент-центрированная терапия Карла Роджерса и гештальт-терапия Фредерика Перлза.

Карл Роджерс практиковал психодинамическую терапию в 1930-х гг. Но скоро он начал сомневаться в ее ценности. Особенно не импонировало ему быть беспристрастным экспертом, который «понимает» пациента. Он убедился в том, что менее формальный подход более эффективен, и начал использовать так называемую недирективную терапию, то есть он позволял своим пациентам решать, о чем говорить и когда, без направления, оценки или интерпретации со стороны терапевта. Этот подход позднее стал называться клиент-центрированной терапией, чтобы подчеркнуть роль клиента. Фундаментом лечения Роджерса является создание отношения, характеризуемого тремя важными и взаимосвязанными позициями («триада Роджерса»): безусловным позитивным отношением, эмпатией, конгруэнтностью.

1. *Безусловное позитивное отношение*. Терапевт должен показать, что он искренне заботится о клиенте, принимает его как человека и доверяет его способности изменяться. Это требует не только готовности слушать клиента, не прерывая его, но также и принятия того, о чем говорится, без суждения и оценки, невзирая на то, каким бы «плохим» или «странным» это ни казалось. Терапевту не нужно одобрять все, что говорит клиент, но он должен принять это как реальную часть оцениваемого человека. Терапевт должен также доверять клиентам в самостоятельном решении их собственных проблем, следовательно, он не дает советов. Совет, говорит Роджерс, несет скрытое сообщение о том, что клиент некомпетентен или неадекватен, — это делает его менее уверенным и более зависимым от помощи.

2. *Эмпатия.* Многие формы терапии предлагают взгляд на пациента со стороны. Эмпатия требует внутреннего взгляда, сосредоточения на том, что пациент может думать и чувствовать. Клиент-центрированный терапевт действует не как посторонний наблюдатель, который стремится наклеить диагностический ярлык на клиента, а как человек, который хочет понять, как выглядит мир с точки зрения клиента.

Об эмпатии нельзя сообщить: «Я понимаю» или: «Я знаю, что вы сейчас чувствуете». Терапевт передает эмпатию, показывая, что он активно слушает клиента. Подобно искусным интервьюерам, клиент-центрированные терапевты вступают в контакт с клиентом с помощью глаз, кивают головой, когда пациент говорит, и оказывают другие знаки внимания. Используется также тактика, называемая *отражением* (*рефлексией*). Отражение показывает, что терапевт активно слушает, а также помогает клиенту осознать те мысли и чувства, которые он переживает. Действительно, большинство клиентов реагируют на эмпатическое отражение пристальным вниманием к своим чувствам.

3. *Конгруэнтность* — это согласованность между тем, что терапевт чувствует, и тем, как он ведет себя по отношению к клиенту. Это значит, что безусловное позитивное отношение терапевта и эмпатия являются настоящими, а не поддельными. Переживание конгруэнтности терапевта позволяет клиенту увидеть, возможно впервые, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений.

Бихевиоральный (когнитивно-поведенческий) подход

Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла в конце 50-х гг. прошлого века. На ранних стадиях развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относились тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания. Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Джозеф Вольпе определял поведенческую терапию как «применение экспериментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения». Неадаптивные при-

вычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются. Ганс Юрген Айзенк утверждал, что достаточно избавить больного от симптомов и тем самым будет устранен невроз.

С годами оптимизм в отношении особой действенности поведенческой терапии стал повсюду ослабевать. Критики изолированного применения методов поведенческой терапии видят основной ее дефект в односторонней ориентации на действие элементарной техники условных подкреплений. Коренной недостаток теории поведенческой терапии заключается не в признании важной роли условного рефлекса в нервно-психической деятельности человека, а в абсолютизации этой роли.

В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя определить как приложение классического и оперантного обусловливания. Различные подходы в поведенческой терапии наших дней отличаются степенью использования *когнитивных* концепций и процедур.

Начало *когнитивной терапии* связывается с деятельностью Джорджа Келли. Келли пришел к выводу, что сердцевиной неврозов является *неадаптивное мышление*. Проблемы невротика лежат в *настоящих* способах мышления, а не в прошлом. В задачу терапевта входят выяснение неосознаваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления.

Келли был одним из первых психотерапевтов, которые старались непосредственно изменять мышление пациентов. Эта цель лежит в основе многих современных терапевтических подходов, которые объединяются понятием *когнитивная терапия*.

В экспериментальных работах в области когнитивной психологии, в частности в исследованиях Пиаже, были сформулированы ясные научные принципы, которые можно было применить на практике. Даже изучение поведения животных показывало, что надо принимать во внимание их когнитивные возможности для понимания того, как у них происходит научение.

Кроме того, возникло понимание, что поведенческие терапевты, сами того не подозревая, используют когнитивные возможности своих пациентов. Десенситизация, например, использует готовность и способность пациента к воображению. Тренинг социальных умений не является на самом деле обусловливанием: пациенты обучаются не

специфическим реакциям на стимулы, а набору стратегий, необходимых для совладания с ситуациями страха. Использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий включает когнитивные процессы.

На настоящем этапе развития психотерапии когнитивный подход в чистом виде почти не практикуется: все когнитивные подходы в большей или меньшей степени используют поведенческие техники. Это справедливо и по отношению к «рационально-эмотивной терапии» А. Эллиса и к «когнитивной терапии» А. Бека. У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаружился ряд общих черт.

1. И те и другие не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные — на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.
2. И те и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта — как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные — новым способам мышления.
3. И те и другие дают своим пациентам домашние задания, с тем чтобы они практиковали за пределами терапевтической среды то, что получили во время сеансов терапии.
4. И те и другие оказывают предпочтение практическому, лишенному абсурдности (имеется в виду психоанализ) подходу, не обремененному сложными теориями личности.

Итак, новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в когнитивно-поведенческую модель. Мишень «чистого» поведенческого терапевта — изменение в восприятии себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Когнитивно-поведенческие терапевты, как и их предшественники, не интересуются прошлым или причинами невротических расстройств. Они говорят, что никто не знает подлинных причин, а кроме того, не доказано, что знание причин имеет отношение к исцелению. Если больной приходит к врачу с переломом кости, в задачу врача входит его исправление, а не изучение условий, которые привели к перелому.

Общая цель психотерапии

Акцентация основными психотерапевтическими подходами различных акспектов единого объекта — человеческой личности — позволяет сформулировать общую для них цель психотерапии. Д. Бернштейн, Е. Рой и коллеги формулируют ее как оказание помощи пациентам в изменении их мышления и поведения таким образом, чтобы стать более счастливыми и продуктивными. При работе с пациентами эта цель дифференцируется на ряд задач, а именно терапевт:

1) помогает пациенту лучше понять его проблемы;
2) устраняет эмоциональный дискомфорт;
3) поощряет свободное выражение чувств;
4) обеспечивает пациента новыми идеями или информацией о том, как решать проблемы;
5) помогает пациенту в проверке новых способов мышления и поведения за пределами терапевтической ситуации.

При решении этих задач терапевт прибегает к трем основным методам.

Во-первых, терапевт обеспечивает психологическую поддержку. Прежде всего это значит сочувственно выслушать пациента и дать ему взвешенный совет в кризисной ситуации. Поддержка также заключается в помощи пациенту осознать и использовать свои силы и умения.

Второй метод терапии состоит в устранении дезадаптивного поведения и формировании новых, адаптивных стереотипов.

И наконец, терапевт содействует инсайту (осознанию) и самораскрытию (самоэксплорации), в результате чего пациент начинает лучше понимать свои мотивы, чувства, конфликты, ценности.

Несмотря на различия в теориях, целях и процедурах, психологическое лечение сводится к тому, что один человек пытается помочь другому (даже в том случае, когда речь идет о групповой психотерапии, при которой каждый участник является своего рода психотерапевтом по отношению к другому члену группы). Все методы лечения (не только психологического, а любого — терапевтического, хирургического и т. д.) имеют, согласно Дж. Франку, некоторые общие основные черты, или составляющие.

1. Человек, который страдает и ищет облегчения от своей проблемы. Это *клиент*, или пациент.
2. Человек, который благодаря обучению или опыту воспринимается как способный оказывать помощь. Это *терапевт*, или целитель.

3. *Теория*, которая используется для объяснения проблем пациента. В медицине теория включает, например, инфекционный фактор, другие биологические процессы. В некоторых культурах теория может включать фактор проклятия или одержимости злыми духами. В психологии теория включает психодинамику, принципы научения или другие психические факторы.
4. Набор *процедур* для решения проблем пациента. Эти процедуры непосредственно связаны с теорией. Так, знахари или экзорцисты ведут борьбу со сверхъестественными силами с помощью специальных церемоний или заклинаний, а врачи лечат инфекцию антибиотиками.
5. Специальное социальное *отношение* между клиентом и терапевтом, которое помогает облегчить проблемы клиента. Терапевт стремится к созданию такой атмосферы, которая позволяет пациенту с оптимизмом смотреть на решение своих проблем; он верит, что методы, используемые терапевтом, помогут ему, вследствие чего у него возникает мотивация к работе над решением проблем. Отношение является фактором, характерным для всех форм лечения. В медицине улучшение физического или психического состояния пациента связывается обычно с действием лекарств или хирургическим вмешательством, но эффективность лечения частично зависит от ожиданий пациента и его веры в лечение. В магическом или религиозном лечении специфические процедуры значительно менее важны; более важными являются позитивное отношение и ожидания, связанные с этими процедурами. Между этими крайними полюсами — медициной и магическим лечением — располагаются психологические методы лечения. Используя набор специфических процедур, большинство психотерапевтов пытается также создать позитивное отношение, потому что оно увеличивает шансы на успешное лечение. Некоторые терапевты подчеркивают фактор отношения в большей степени, чем другие факторы (например, клиент-центрированные психотерапевты).

Приблизительно одинаковая эффективность различных методов психотерапии

Диапазон психотерапевтических методов очень широк. Какова степень эффективности различных методов? В поисках ответа на этот

важнейший вопрос мы обратимся к докладу одного из ведущих исследователей проблемы эффективности психотерапии Вольфа Лаутербаха «Эффективность психотерапии: критерии и результаты оценки», прочитанному им на I съезде Российской психотерапевтической ассоциации в г. Тюмени (1995). В. Лаутербах говорит, что, если бы многочисленные методы психотерапии претендовали только на лечение определенных патологических состояний, все было бы в порядке — они дополняли бы друг друга; но, к сожалению, это не так. Каждый психотерапевтический подход претендует на компетентность и эффективность лечения почти во всех областях психопатологии, хотя в большинстве случаев их теоретические основы и методы несовместимы, когда говорят о тех же расстройствах. Итак, парадоксальная ситуация: больной обращается к врачу за помощью, а выбор терапии зависит не от диагноза, а от того, какой школе психотерапии врач доверяет, и, даже когда терапия оказывается неэффективной, пациент не переводится к психотерапевту другой специализации. Частично это объясняется тем, что каждый психотерапевт вложил много времени, денег и сил в свое терапевтическое образование; он верит в свою психотерапию.

Необходимость объективной оценки психотерапии возникла с начала 1950-х гг., когда Ганс Айзенк доказал с помощью исследований, опубликованных другими авторами, что психотерапия по результатам не более эффективна, чем пребывание больных в психиатрических больницах без систематической психотерапии. Позиция Айзенка вызвала резкий протест со стороны практикующих психотерапевтов. Но психотерапевты, говорит далее В. Лаутербах, несмотря на свои протесты, понимали, что отдельные самоотчеты пациентов могут приниматься в расчет, но не могут доказывать эффективность психотерапевтических методов. В итоге провокация Айзенка, которую он несколько раз повторял и подтверждал все новыми доказательствами, значительно стимулировала научно-эмпирическое исследование методов психотерапии.

Скоро выяснилось, что ни психотерапевт, ни пациент не могут объективно оценивать результаты психотерапии и что необходимы контрольные группы. По причинам, высказанным выше, психотерапевт не может интерпретировать положительные изменения в состоянии своего пациента как результаты своей терапии. Отсутствие же положительных сдвигов или отрицательные изменения в состоянии больного, однако, интерпретируются им как следствие либо посторонних событий, либо сопротивления пациента и редко как неадекватность психотерапевтического подхода или самого психотерапевта.

Вследствие так называемого hello-good-bye-эффекта пациент до психотерапии склонен чувствовать и описывать свое состояние как тяжелое, потому что он ищет помощи, а прощаясь с внимательным, симпатичным психотерапевтом, готовым помочь, потратив деньги и время, сохраняя надежду и не желая быть неблагодарным, пациент склонен и без объективного улучшения считать, что его состояние улучшилось. Более объективными являются тесты, опросники о выраженности симптоматики, наблюдения в реальных или игровых ситуациях и психофизиологические данные. И тогда возникает необходимость контрольных групп. Контрольные группы нужны для того, чтобы отличать эффекты терапевтического влияния от эффектов внетерапевтического воздействия; имеются в виду общие или личные события, действующие на состояние пациентов, например политические или экономические изменения, перемены на работе, в семье, новая любовь. Поэтому заключение, которое дается на основании суждений пациента или психотерапевта, а также те заключения, которые делались без сопоставлений с контрольными группами, не могут считаться валидными.

В большинстве эмпирических исследований психотерапии лечебные группы сравниваются с контрольными, то есть с группами больных, которые не подвергались психотерапии, или больных, проходящих лечение другими методами. Л. Люборски и Б. Сингер (L. Luborsky, B. Singer, 1975) опубликовали первичный метаанализ ряда исследований и показали, что эффект психотерапии положительно отличается от спонтанной ремиссии. Этот результат успокоил всех психотерапевтов. Пытаясь ответить на вопрос, какой вид психотерапии эффективнее, авторы проанализировали некоторые исследования, в которых сравнивались виды психотерапии. Статистически достоверной разницы в эффективности используемых психотерапевтических подходов авторы не нашли. Их резюме словами Алисы из страны чудес Л. Кэррола: «Все выиграли, и всем положен приз» успокоило психотерапевтов всех школ. В. Лаутербах обращает внимание на то, что эта фраза охотно цитируется еще и сегодня, особенно теми школами психотерапии, которые вообще не исследовали свои методы лечения, как будто бы наукой доказано, что все разнообразные психотерапевтические подходы производят однозначные результаты.

В 1994 г. К. Граве (K. Grawe) с сотрудниками опубликовали фундаментальный метаанализ, выдающийся своим качеством и количеством исследованных работ. Были собраны все опубликованные до 1984 г.

исследования с приемлемым научным уровнем (то есть проводились серьезная терапия и статистическое сравнение двух групп пациентов); их оказалось 3500. После тщательного отбора осталось 897 источников; они являются совокупностью научно приемлемых исследований психотерапии взрослых пациентов, опубликованных в течение 30 лет. Все гуманистические, психодинамические и психоаналитические методы вместе исследовались 153 раза. Чаще всего изучались когнитивно-поведенческие методы — 452 исследования; интерперсональные методы — 63; методы расслабления — 114 (релаксация — 66, аутогенная тренировка — 14, гипноз — 19, медитация — 15); эклектические и комплексные методы — 22 исследования.

Невозможно описать результаты всех исследований, включенных в метаанализ. Но если научно обоснованными считаются только те методы, эффективность которых исследовалась независимо от результатов, тогда иные методы нужно назвать ненаучно обоснованными, так как они совсем не исследовались научно приемлемым образом. К ним относятся эйдетическая терапия, терапия по Юнгу, логотерапия, нейролингвистическое программирование, терапия поэзией, первичная терапия по Янову, ребефинг, трансцендентальная терапия и многие другие экзотические методы, близкие к этим методам, но до сих пор мало и плохо исследованные дазайнанализ, биоэнергическая терапия, кататимные образные переживания по Лейнеру, индивидуальная терапия по Адлеру и трансактный анализ. Не очень убедительны и исследования эффективности арттерапии. В таком же состоянии находятся и прогрессивная релаксация, аутогенная тренировка, психодрама, гипнотерапия и йога. Гештальт-терапия изучалась только в 7 исследованиях, но из них видно, что она эффективно действует на довольно широкий диапазон параметров.

Неудовлетворительную эффективность обычной (то есть недолговременной) психоаналитической психотерапии психоаналитики объясняют тем, что требуется несколько сотен или больше сессий (3–5 раз в неделю), и лишь тогда достижимо необходимое отношение с пациентом для обнаружения психоаналитических причин симптомов, перестройки его личности и позитивного сдвига в симптоматике. В течение 100 лет это утверждение не доказано — самый старый и известный метод психотерапии на приемлемом научном уровне не исследовался. Но исследовался *долговременный психоанализ* (*раскрывающий*) в клинике Карла Меннингера (K. Menninger, 1989). По мнению К. Граве с сотрудниками, это было самое крупное, тщательное, убедительное и длительное иссле-

дование психотерапии в ряду других работ. Оно проводилось крупнейшими исследователями психоанализа в США в естественных условиях. В 1950-х гг. в этой клинике отобрали (не случайно, но по диагнозу и необходимости лечения) 22 пациента для группы долговременного психоанализа и 20 пациентов для группы поддерживающей психоаналитической психотерапии; контрольной группы не было. Все пациенты имели очень хороший интеллект (средний IQ = 124), относились к высшему социальному слою и сами платили за многолетнюю терапию. До конца лечения ни пациенты, ни психотерапевты не знали о том, что их терапию исследовали.

Какие у них были результаты? Терапевтические эффекты раскрывающей долговременной психотерапии оказались намного ниже, чем предсказывалось исследователями. Спрогнозированные эффекты поддерживающей психотерапии были более умеренными — их и достигли. Результаты даны в табл. 1.1.

Исследование в клинике К. Меннингера показывает, что многолетним психоанализом достигаются хорошие результаты у 40% пациентов и умеренное улучшение у 20%; лучшие результаты, однако, достигаются и другими методами со значительно (в 10–20 раз) меньшими затратами. Необходимо отметить, что у 40% пациентов совсем не наступили улучшения в течение нескольких лет; констатировать неуспех скорее можно было бы в течение 20 сессий, а не в нескольких сотнях или тысячах. Неуспешные 11 пациентов (26%) не просто были неуспешными — 6 из них покончили с собой; по мнению исследователей, суицид был связан с психоанализом; у троих пациентов возник психоз, что связано, по мнению исследователей, с отношениями к психотерапевту; у остальных пациен-

Таблица 1.1. Результаты катамнеза раскрывающего психоанализа и поддерживающей психотерапии 42 пациентов в клинике К. Меннингера

Результат	Раскрывающий психоанализ		Поддерживающая психотерапия	
	число пациентов	%	число пациентов	%
Значительное улучшение	8	36	9	45
Умеренное улучшение	5	23	3	15
Сомнительное улучшение	3	14	3	15
Отсутствие улучшения	6	27	5	25
Всего	22	100	20	100

тов неудачи не были обусловлены ятрогенными расстройствами. Несмотря на то что во время последнего катамнеза в 1980-х гг. 5 пациентов нуждались в продолжении терапии (после 28 лет непрерывной психотерапии), исследователи считали, что у двоих из них уже отмечено хорошее продвижение и у двоих — тенденция к улучшению; у пациентки с агорафобией последняя исчезла в течение более чем 25 лет (пациентка, скорее всего, избавилась бы от фобии с помощью 20 сессий поведенческой психотерапии).

Граве с сотрудниками резюмируют результаты исследований следующим образом: положительных показаний для долговременного психоанализа нет, а отрицательные — есть; у пациентов с более выраженной симптоматикой возникает опасность ятрогенных эффектов.

Ряд методов исследовались лучше. Это относится к *интерперсональной психотерапии Клермана и Вейсмана* (проведено 10 исследований, которые включают почти 1000 пациентов с депрессией или с нервной булимией). Эта психотерапия является совсем новым подходом, который концентрируется на межличностных отношениях. Однако научный уровень исследований, начавшихся лишь десятилетие назад, высок и результаты психотерапии оказываются весьма убедительными.

Поведенческие методы терапии семейных пар также часто исследовались (29 исследований) и очень успешно применялись; они включают ряд поведенческих приемов, в том числе и тренинг интеракции и коммуникации. Интерперсонально-ориентированный подход системной семейной терапии (В. Сатир, С. Минухин и др.) изучался в 8 исследованиях. Эти методы направлены на анализ отношений между пациентами и их близкими, успешно преобразуют эти отношения, что часто приводит к уменьшению симптоматики.

Краткосрочный психоанализ изучался в 29 исследованиях хорошего научного качества, средняя длительность лечения 14 месяцев и 16 сессий. Психоанализ уменьшал симптоматику у пациентов с маловыраженными невротическими и личностными расстройствами. Отношения с другими людьми улучшались, но только как результат групповой, а не индивидуальной психотерапии. Общее самочувствие улучшилось только после длительной терапии или после окончания лечения. Плохо поддаются лечению психоанализом пациенты со страхами, фобиями и с психосоматическими расстройствами.

Разговорная психотерапия по Роджерсу исследовалась в 35 работах хорошего научного качества, где измерялись различные переменные.

Средняя продолжительность лечения 20–33 сессии. Результаты исследований показали, что терапия по Роджерсу уменьшает симптоматику, улучшает общее самочувствие, способствует личностному росту пациентов, а в групповой психотерапии улучшает отношения с другими людьми. Разговорная психотерапия показана и эффективна для лечения всех невротических расстройств, а также может применяться при лечении больных алкоголизмом, шизофренией, часто в сочетании с методами поведенческой психотерапии. Имеется, однако, ссылка на то, что пациенты с социальными страхами и пациенты, которые нуждаются в указаниях и руководстве, хуже поддаются психотерапии по Роджерсу.

Теоретическим, методическим и научно-эмпирическим обоснованием *когнитивно-поведенческой психотерапии* является психология. До 1960–1970-х гг. психология исследовала в основном те психические процессы, которые ученые могли объективно наблюдать: поведение как результат восприятия, научения, мотивации, эмоций, развития и социальных факторов. На базе психологии поведения развивались приемы модификации поведения — методы поведенческой психотерапии. Когнитивный перелом в психологии, то есть изучение не только непосредственно наблюдавшихся процессов в 1960–1970-х гг., стимулировал развитие новых, когнитивных методов лечения. По мнению психодинамических психотерапевтов, когнитивно-поведенческие методы являются поддерживающей, а не раскрывающей терапией. Они отличаются от гуманистических и психодинамических методов тем, что при разных расстройствах применяются разные методики. Поскольку зачастую у пациентов отмечается сразу несколько проблем, которые взаимно поддерживаются (например, алкоголизм, депрессия, дефицит в социальной сфере), в их лечении сочетаются разные методики. Методы когнитивно-поведенческой терапии развивались в зависимости от результатов эмпирических исследований действующих факторов, эффектов и эффективности, поэтому число таких исследований очень велико — 452 источника.

Систематическая десенсибилизация исследовалась 56 раз на высоком научном уровне. Специфические страхи, такие как социальные и сексуальные фобии, очень хорошо поддаются лечению; чем больше пациенты боялись ситуации, тем выраженнее был терапевтический эффект, в частности относительно страха перед экзаменами. Пациенты с многообразными страхами, то есть агорафобией, с общим состоянием тревоги, при наличии также депрессии поддаются лечению не столь

успешно. Диапазон эффектов ограничивается симптоматикой страха: из-за этого десенсибилизация часто комбинируется с другими поведенческими методами.

Наиболее эффективными при многообразных страхах, включая панические, являются *методики конфронтации* с ситуациями, которых пациенты боятся; они исследовались 62 раза с хорошим научным уровнем. Имеется три вида конфронтации: постепенная конфронтация в реальных ситуациях (in vivo), усиленная конфронтация в реальных ситуациях (flooding) и усиленная конфронтация в воображении (имплозия).

Конфронтационные методики в реальных ситуациях показаны при фобиях, панических и навязчивых состояниях. Эффективность высокая. Длительность терапии — меньше 20 сессий в течение 20 недель; отдельные сессии длились до тех пор, пока пациент в течение полутора-двух часов не успокаивался. Чем более выражена симптоматика, тем более выражены и эффекты конфронтации.

Конфронтация в воображении является менее эффективной. Хотя симптоматика уменьшалась у пациентов большинства групп, только в 60% терапевтических групп результат был значительно лучше, чем в контрольных группах. Имплозия, как и десенсибилизация, недостаточно эффективна при агорафобиях и специфических фобиях. При сравнении с лекарственной терапией конфронтация в реальности (а не в воображении) дает лучший эффект, чем медикаменты (бета-блокаторы).

Тренинг социальной компетентности исследовался в 74 работах на материале 3400 пациентов на высоком научном уровне. Лечение проходили пациенты с выраженной неуверенностью в себе и социальными фобиями, а также с другими нервно-психическими расстройствами: психозами, алкоголизмом, срывами или болезненными реакциями вследствие тяжелых семейных, профессиональных, социальных переживаний, катастроф, инвалидности и т. п. Тренинг часто комбинировали с когнитивными и поведенческими методами или с медикаментами. Длительность лечения — от 6–15 до 40 сессий. Эффективность тренинга высокая: во всех группах у пациентов не только значительно возрастала уверенность в себе и преодолевались социальные страхи, но и улучшалось положение пациентов в социальной и профессиональной сферах, общее самочувствие, а в половине групп тренинг был эффективен даже при депрессии, мигрени, сексуальных расстройствах.

Эффективность *когнитивной терапии* изучалась с 1977 г. в 16 исследованиях на высоком научном уровне. Терапия длилась от 4 до

24 недель. В семи исследованиях проводилось меньше 10 сессий. Во всех группах все измеренные параметры (симптоматика, личность, общее самочувствие) значительно улучшились и в сравнении с контрольными группами, и в катамнезе. В двух из трех исследованиях сравнение когнитивной терапии с психоаналитической доказало лучший терапевтический результат первой.

П. Левинсон (P. Lewinsohn, 1974), предполагая при депрессии порочный круг, включающий пассивность, недостаток положительных, радостных переживаний, рекомендовал систематически перестраивать, стимулировать или восстанавливать активность, предприимчивость пациента, используя разные поведенческие методики. Исследовалась и подтверждалась эффективность этого вида терапии 17 раз. Число сессий было не больше 16. Таким образом, с 1970-х гг. развивался ряд эффективных подходов к лечению депрессии. Этот процесс продолжается, различные подходы дополняют друг друга.

Методы релаксации исследовались не только как дополнительные в комплексе с другими методами, но и как самостоятельные виды лечения. Эффективность *гипноза* изучалась в 19 работах на среднем научном уровне. Хороший эффект по сравнению с контрольными группами отмечался у пациентов с болями, психосоматическими расстройствами и бессонницей. Улучшение других параметров (самочувствие, проблемы личности) наблюдалось редко.

Аутогенная тренировка исследовалась в 14 работах на хорошем научном уровне. Ее эффективность оказалась неожиданно небольшой. Меньше чем у половины групп пациентов уменьшилась симптоматика. В шести сравнительных исследованиях было отмечено, что только в двух группах лечение проходило успешнее, чем в контрольных, а в 13 сравнениях с другими релаксационными методиками аутогенная тренировка была в 5 раз симптоматически менее эффективной, чем другие методы, и только 1 раз — более.

Сравнение эффективности разных типов психотерапии. К. Граве с сотрудниками (1994) провели метаанализ результатов всех 41 исследований, опубликованных до 1991 г., в которых сравнивались эффективность разных видов психотерапии и которые включали по крайней мере 6 сессий и 3 параметра эффектов. Оказалось, что сравнивались только те методы, которые вообще хорошо изучались: разговорная психотерапия по Роджерсу, психоанализ, семейная психотерапия (системная и поведенческая) и поведенческая терапия. Эффективность определялась разными статистическими методами.

Независимо от того, какой метод применялся, оказалось, что раскрывающие методы, с помощью которых ищут ответы на вопросы, почему и как возникли проблемы, по степени эффективности не отличаются друг от друга. Поддерживающие методы семейной и когнитивно-поведенческой психотерапии, помогающие преодолевать жизненные проблемы пациента, по степени эффективности также мало отличаются друг от друга, но поддерживающие методы гораздо более эффективны, чем раскрывающие. Различия тем значительнее, чем больше информации использовалось при статистическом сопоставлении.

Различия статистически надежны, а будут ли они и практически значимы? Для этого использовался метааналитический статистический индекс эффективности психотерапии, так называемая сила эффекта. Сила эффекта описывает стандартизированным образом, насколько пациент терапевтической группы вылечился лучше, чем «средний» пациент контрольной группы или группы, проходящей другую терапию, включая все измеряемые параметры. Использовав этот индекс при проведении метаанализа, К. Граве показал, что эффект психоаналитической психотерапии выше, чем в контрольных группах, в которых пациентов только диагностируют и настраивают на терапию. Но лечение поведенческими методами оказалось почти в два раза эффективнее психоаналитической психотерапии.

Резюмируя вышеприведенные исследования, В. Лаутербах отмечает, что поведенческие, поддерживающие методы гораздо эффективнее, чем раскрывающие. Они помогают пациентам преодолеть свои проблемы: тренинг социальной компетентности уменьшает неуверенность в себе; с помощью конфронтации преодолеваются фобии и страхи; сексуальная терапия эффективна при фригидности; аутогипноз смягчает боли; семейные проблемы преодолеваются системным изменением структуры семьи; восстановлением активности и изменением иррациональных мыслей лечат депрессию; поведенческий тренинг помогает больным алкоголизмом усилить самоконтроль в ситуации искушения и т. д.

Психотерапевт понимает проблемы пациента и активно помогает их преодолеть, он не ищет скрытую мотивацию и не придает проблемам иных значений, нежели сам пациент. Такой подход сам по себе уже помогает пациенту, но он не объясняет эффективности метода. Психотерапевт обязательно должен знать и уметь применять специфические методики, успешность которых подтверждена в преодолении специфических проблем. Психотерапия является помощью в преодолении проблем, но это только одна сторона психотерапии. Есть

и эффективные методы, с помощью которых психотерапевт способствует лучшему пониманию пациентом себя, своих мотивов, ценностей, целей своего поведения. Психотерапия является помощью в лучшем понимании самого себя.

При работе с каждым новым пациентом — заключает В. Лаутербах — необходимо решить, нуждается ли он в преодолении проблем или в более ясном понимании себя. Пациентам с хорошим образованием, успешным в жизни чаще всего не нужна помощь в преодолении проблем; им нужно узнать, почему они ведут себя так, что возникают проблемы. Если такой человек способен понять свою проблему, он сможет ее и решить. Результаты многих исследований показывают, что психоаналитическая психотерапия более всего пригодна для интеллектуальных, образованных, успешных в жизни людей, симптомы которых мало выражены. Совсем неудивительно, что психотерапевты, которые пытаются лучше понять самих себя, предпочитают раскрывающие методы лечения и отказываются от поведенческих. Также неудивительно, что поведенческие психотерапевты, у которых возникли проблемы, совсем не нуждаются в поведенческой психотерапии, но им необходима помощь для более ясного понимания самих себя и своих проблем; если проблемы прояснились, эти психотерапевты лучше других способны их решить. Результаты метаанализа свидетельствуют о том, что большинству пациентов нужна помощь в преодолении своих проблем, а не в обнаружении скрытых мотивов.

Какая же психотерапевтическая техника оказывается наиболее эффективной? В целом, многочисленные отдельные исследования и результаты метаанализа приводят к заключению, что различные техники психосоциальной терапии оказываются приблизительно равными по эффективности. Незначительное преимущество когнитивно-бихевиоральных подходов, которое обнаруживается в большинстве подобных работ, можно объяснить, например, тем, что методы измерения эффективности фиксируют в первую очередь поведенческие изменения у пациентов, а не количество или качество инсайтов, пережитых ими в ходе терапии. Еще одно возможное объяснение состоит в том, что подавляющее большинство подобных исследований проводится психотерапевтами, которые придерживаются именно когнитивно-бихевиоральной ориентации, поэтому неудивительно, что результаты интерпретируются в пользу «своего» направления. Однако более интригующим итогом исследований представляется именно обнаруженная незначительность различий в эффективности психотерапевтических

школ, столь разных по своим теоретическим и методическим основаниям. Для объяснения этого факта предлагаются три альтернативные гипотезы: 1) различные психотерапии достигают сходных целей посредством разных процессов; 2) в действительности наблюдаются различные исходы терапии, которые, однако, не улавливаются применяемыми исследовательскими стратегиями; 3) различные терапии включают в себя определенные общие для всех компоненты, оказывающие лечебное воздействие, хотя и не занимают центрального места в присущем данной школе теоретическом обосновании психотерапевтического изменения. В настоящее время ни одну из этих трех гипотез невозможно полностью ни доказать, ни опровергнуть. Пожалуй, наибольшее число сторонников собрала третья альтернатива, предполагающая наличие общих факторов, присущих всякому психотерапевтическому подходу.

Общие факторы психотерапии

Хотя существует несколько сотен различных форм и направлений психотерапии, положительные результаты, о которых сообщается и которые в иных случаях можно считать доказанными, являются, вероятно, следствием факторов или переменных, общих для всех этих форм или направлений. Подобное предположение было высказано более 50 лет назад, но признание оно получило лишь в последние два десятка лет. Совершенно очевидно, что одним из таких факторов являются психотерапевтические отношения, значение которых признается представителями почти всех психотерапевтических подходов. Если психотерапевт воспринимается клиентом как компетентный и беспристрастный человек, проявляющий к нему интерес, вероятность положительного исхода психотерапии возрастает. Другим общим фактором, признаваемым сторонниками многих направлений, является мотивация клиента и его желание сотрудничать с психотерапевтом. Надежды клиента, связанные с психотерапией, являются другим общим фактором, важная роль которого признается психотерапевтами различных школ.

Е. Т. Соколова отмечает, что изучение общих факторов привлекает сторонников интегративных тенденций, в то время как приверженцы «чистого жанра» тяготеют к сравнительным исследованиям, результаты которых обычно подтверждают преимущества той системы, которой

они сами придерживаются. По наблюдению автора, мнения самих практикующих терапевтов меняются с ростом профессионального опыта и стажем практической работы. Опытные терапевты на первые места ставят мотивацию пациента, его самооценку и наличие социальной поддержки, а также свой собственный жизненный опыт, личностную зрелость, способность к продвижению терапевтических отношений, в то время как в начале своей профессиональной карьеры они были склонны приписывать успех терапии ее длительности, теоретической ориентации и интеллектуальному уровню пациента.

Среди общих факторов наиболее исследованы так называемые необходимые и достаточные условия личностного изменения пациента, выявленные в рамках клиент-центрированного подхода: позитивное отношение, эмпатия, ненавязчивая теплота и конгруэнтность (подлинность) психотерапевта.

Практически все школы психотерапии признают, что данные характеристики отношения терапевта к пациенту являются гарантами эффективного лечения и являются также фундаментальными в построении терапевтического альянса. М. Ламберт и А. Бергин (M. Lambert, A. Bergin) предлагают перечень общих факторов, сгруппированных в три категории (поддержка, научение, действие), связанных с успешным исходом психотерапии (табл. 1.2).

Роль характеристик пациента во влиянии на прогноз терапии

В последнее время все более очевидно, что определенные личностные качества пациента играют существенную роль в формировании терапевтических отношений и влияют на исход терапии. Ганс Страпп (H. Strupp) сообщает о четырех сериях исследований, в каждом из которых два пациента проходили краткосрочную терапию у одного и того же психотерапевта, причем один из пациентов демонстрировал значительный прогресс, а терапия второго была оценена как неудачная. Эти сообщения являются частью обширного исследования с использованием различных методов измерения эффективности психотерапии и анализа взаимодействий пациента и терапевта. В упомянутых случаях пациентами были студенты колледжа (мужчины), страдавшие от тревожности, депрессии, социальной отстраненности. Все терапевты, принимавшие участие в исследовании, обладали достаточно хорошими профессиональными навыками, однако межличностные отноше-

Таблица 1.2. Факторы, обусловливающие успешность психотерапии

Поддержка	Научение	Действие
1. Катарсис	1. Информация	1. Поведенческая регуляция
2. Идентификация с психотерапевтом	2. Аффективные переживания	2. Когнитивное совладание
3. Уменьшение социальной изоляции	3. Принятие проблематичности	3. Совладание со страхом
4. Позитивные отношения	4. Изменения ожиданий относительно собственной эффективности	4. Принятие риска
5. Снятие напряжения	5. Когнитивное научение	5. Подражание
6. Терапевтический альянс	6. Корректирующий эмоциональный опыт	6. Упражнение
7. Компетентность психотерапевта	7. Исследование внутренних фреймов	7. Проверка реальности
8. Теплота, уважение, принятие, эмпатия психотерапевта	8. Обратная связь	8. Опыт переживания
9. Доверие	9. Исайт	9. Активное наличие успеха
	10. Принципы	10. Проработка

ния с каждым из двух пациентов оказывались весьма различными. В восьми полученных отчетах (по два от каждого терапевта) пациент, достигший значительного успеха, характеризовался как более ориентированный на построение значимых отношений с терапевтом и действительно сумевший это сделать, тогда как «неуспешный» пациент не сформировал отношений с терапевтом и был склонен взаимодействовать на более поверхностном уровне. Вклад психотерапевта в обоих случаях можно было считать более или менее константным, что позволяло приписать различия в результатах терапии переменным, привнесенным пациентами. Сюда можно отнести такие факторы, как организация пациента, зрелось, мотивация, способность активно включиться в предлагаемый межличностный процесс. Страпп подчеркивает, что опыт прошлых межличностных отношений пациента играет важную роль для достижения им значимых изменений в ходе терапевтического взаимодействия. К сходным результатам приходят также Л. Люборски, Д. Кросс (D. Cross), П. Шихин (P. Sheehan), К. Моррис и К. Цукерман (K. Morris, K. Suckerman) и ряд других исследователей.

В последние годы проявляется тенденция не столько к сопоставлению эффективности различных психотерапевтических направлений в целом, сколько к рассмотрению возможного воздействия конкретной терапевтической техники на конкретное психическое нарушение независимо от исходного общетеоретического направления. В результате этих исследований, с одной стороны, подтверждается ведущая роль «неспецифичных» компонентов психотерапии, а с другой — удается обнаружить некоторые специфичные факторы. Например, в случае лечения депрессии методами когнитивно-бихевиорального подхода важным моментом является новый способ описания проблемы, предлагаемый терапевтом, а также постоянная обратная связь от терапевта к пациенту относительно продвижения последнего.

В целом изучение эффективности психотерапии позволяет прийти к ряду выводов, имеющих значение для ее теории и практики, а также для дальнейшего развития исследований.

1. Многие из изученных видов психотерапии оказывают очевидное влияние на различные типы пациентов, причем это влияние не только статистически значимо, но и клинически эффективно. Психотерапия способствует снятию симптомов, ускоряя естественный процесс выздоровления и обеспечивая расширение стратегий совладания с жизненными трудностями.
2. Результаты психотерапии оказываются, как правило, достаточно пролонгированными. Хотя некоторые проблемы (например, наркотическая зависимость) имеют тенденцию возникать снова и снова, новообразования, достигнутые в ходе психотерапии, сохраняются в течение длительных периодов времени. Это объясняется отчасти тем, что многие виды психотерапии направлены на создание постоянно функционирующих изменений, а не исключительно на снятие симптомов.
3. Различия в эффективности тех или иных форм психотерапии значительно менее выражены, чем можно было бы ожидать: когнитивно-бихевиоральные техники демонстрируют некоторое превосходство над традиционными методами вербальной терапии применительно к определенным типам психических расстройств, но это нельзя считать закономерностью. Длительность психотерапевтического лечения также может быть весьма непродолжительна для определенного типа проблем, тогда как ряд проблем и расстройств не поддается краткосрочной психотерапии.
4. Несмотря на то что отдельные психотерапевтические направления сохраняют своеобразие и свойственную им специфику взаимодей-

ствия с пациентом, многие психотерапевты в настоящее время следуют эклектическому подходу. С одной стороны, этот факт отражает естественную ответную реакцию на эмпирические данные и отвергает существовавшую прежде установку на строгое соблюдение правил и требований определенной школы. С другой стороны, это позволяет максимально гибко приспосабливать ту или иную технику к запросам и нуждам пациента, его личностным особенностям и объективным обстоятельствам проведения психотерапии.

5. Межличностные, социальные и эмоциональные факторы, являющиеся одинаково значимыми для всех видов психотерапии, по-видимому, выступают важными детерминантами улучшений состояния пациентов. При этом со всей очевидностью обнаруживается тот факт, что помогать людям справляться с депрессией, тревогой, чувством неадекватности, внутренними конфликтами, помогать им строить более живые отношения с окружающими и открывать для себя новые направления в жизни можно лишь в контексте доверительных, теплых отношений. Дальнейшие исследования должны фокусироваться не столько на детерминантах отношений, общих для всех видов психотерапии, сколько на специфическом значении конкретных интеракций между пациентом и терапевтом.
6. И наконец, необходимо иметь в виду, что за усредненными показателями улучшения состояния пациентов в результате психотерапии скрываются весьма существенные индивидуальные различия. Одной из детерминант этих различий является личность самого психотерапевта, еще одной — личность пациента; совершенно очевидно, что не всем можно помочь и не все психотерапевты эффективно работают с любым пациентом. Так, в исследовании Ю. Генри (U. Henry), Т. Шлахта (T. Schlacht) и Г. Страппа было показано, что один и тот же психотерапевт, выстраивая различные межличностные отношения с тем или иным пациентом, может достичь успеха или потерпеть неудачу в терапии в целом; факт, что межличностный процесс коррелирует с успешностью терапии, подтвердился для различных психотерапевтических направлений. В успешных случаях психотерапевт проявляет по отношению к пациенту больше аффилиативного контроля и аффилиативной автономии и существенно меньше враждебного контроля; пациент же демонстрирует в большей степени дружескую дифференциацию и в меньшей — враждебную сепарацию по отношению к психотерапевту. Далее, для успешных случаев характерна большая позитивная комплиментарность взаимодействий

психотерапевта и пациента, когда оба участника коммуникации действуют в дружеской манере, и значительно меньшая негативная комплиментарность (один дружелюбен, другой — враждебен), чем для неуспешных случаев.

Эти общие факторы вполне очевидны и не вызывают разногласий. Сол Гарфилд (Sol L. Garfield), обсуждая общие факторы, указывает и на другие переменные, которые можно считать общими, но которые не получают столь единодушного признания. Сюда относятся интерпретации, обоснования или объяснения психотерапевта. Понятно, что психотерапевты различных направлений дают разные объяснения, чтобы помочь клиентам добиться инсайта, или понимания, стоящих перед ними проблем. Даже психотерапевты одного направления — психодинамического — могут предлагать ряд различных интерпретаций. Отсюда напрашивается следующий вывод: не столь уж важно, *какое именно объяснение* или интерпретацию предлагает психотерапевт. Важно другое: имеют ли предлагаемое объяснение или интерпретация смысл для данного клиента и принимаются ли они им. Фактически *не существует единственного правильного объяснения*. Знание имеет, вероятно, для пациента определенное значение. Оно образует базис для понимания и принятия с его стороны. Если объяснение или интерпретация представляются пациенту осмысленными, то имеют для него объяснительную ценность, поскольку уменьшают неопределенность и подкрепляют ожидания улучшения и надежду.

В данном контексте уместно вспомнить историю возникновения когнитивной психотерапии, родоначальником которой, как отмечалось выше, был Дж. Келли. В 1920-х гг. он использовал в своей клинической работе психоаналитические интерпретации. Его изумляло то, с какой легкостью пациенты принимали фрейдовские концепции, которые сам Келли находил абсурдными. В качестве эксперимента Келли начал варьировать интерпретации, которые он давал пациентам, в рамках самых различных психодинамических школ. Оказалось, что пациенты одинаково принимают предлагаемые им принципы и полны желания изменить свою жизнь в согласии с ними. Келли пришел к выводу, что ни фрейдовский анализ детских конфликтов, ни даже изучение прошлого как такового не имеют решающего значения. По мнению Келли, интерпретации Фрейда оказывались эффективными, поскольку они расшатывали привычный для пациентов способ мышления и предоставляли возможность мыслить по-новому.

Успехи клинической практики при самых различных теоретических подходах, согласно Келли, объясняются тем, что в процессе терапии про-

исходит изменение того, как люди интерпретируют свой опыт и как они смотрят на будущее. Люди становятся депрессивными или тревожными, потому что попадают в западню ригидных, неадекватных категорий собственного мышления. Например, некоторые люди полагают, что авторитетные фигуры всегда правы, поэтому любая критика со стороны авторитетной фигуры действует на них удручающе. Любая техника, приводящая к изменению этого убеждения, основана ли она на теории, которая связывает такое убеждение с эдиповым комплексом, со страхом потери родительской любви или с потребностью в духовном руководителе, будет эффективна. Келли решил создать техники для *непосредственной* коррекции неадекватных способов мышления. Он предлагал пациентам осознать свои убеждения и проверить их. Например, тревожная, депрессивная пациентка была убеждена, что расхождение с мнением ее мужа вызовет в нем сильный гнев и агрессию. Келли настоял на том, чтобы она тем не менее попробовала высказать мужу собственное мнение. Выполнив задание, пациентка убедилась в том, что это неопасно. Такие домашние задания стали обычными в практике Келли. Иногда Келли предлагал пациентам даже роль новой личности с новым взглядом на себя и на других — сначала на сеансах терапии, а затем в реальной жизни.

Страпп также поставил под сомнение значимость лечебных факторов психоаналитической терапии (инсайт, превращение бессознательного в осознаваемое, переработку переносных отношений, связующее звено между переносом и ранним детским опытом переживаний), выдвинув гипотезу, что таковыми являются безусловное положительное принятие и уважение больного как уникальной личности или искусный (неуловимый) контроль за поведением пациента, вследствие которого он может успешнее избавиться от своих прежних патологических стереотипов, или непрямое предложение новых альтернативных способов переживания и поведения.

Психотерапия и плацебо-эффект

Эффективность современной психотерапии практически не превышает эффективности плацебо-терапии, как подчеркивалось в редакционной статье Британского медицинского журнала (1984), и на этом основании сделан вывод, что *психотерапия является лишь разновидностью плацебо-терапии*, основными целями которой являются «успокоение», «вселение надежды», «поддержка».

А. Шапиро (A. Shapiro, 1971, 1978) утверждает, что плацебо-эффект — это «фактор популярности и эффективности любого из многочисленных методов психотерапии». Ему принадлежит одно из наиболее признанных определений плацебо: «Плацебо — любой компонент лечения, который намеренно используется ввиду его неспецифического, психологического или психофизиологического действия или который используют ради его ожидаемого, но неизвестного больному и врачующему, направленного неспецифического влияния на больного, симптом или болезнь». В широком смысле плацебо могут быть и врачебная деятельность, и процедура лечения, и разнообразные средства, и лица. Психологический компонент всех этих воздействий используется как сознательно, чтобы способствовать улучшению состояния пациента, так и неосознанно. К сознательному применению относятся мистические ритуалы разных исторических периодов — изгнание злых духов, снятие сглаза, порчи или наговора, жертвоприношения, амулеты и т. п. К неосознаваемым или частично осознаваемым причисляют оптимизм среды, обнадеживающую, вызывающую доверие атмосферу, создаваемую врачом, персоналом, родными, друзьями.

В таком явлении, как плацебо-эффект, проявляются, по мнению И. П. Лапина (2000), универсальные механизмы, по которым социальная среда может изменять биологические и психические процессы. Социальная среда включает людей, с которыми человек общается (родные, знакомые, врач, медицинский персонал, пациенты), рекламу, разнообразные источники информации и т. п. Биологические процессы — это, по существу, все физиологические процессы: сужение и расширение сосудов, сокращение и расслабление гладких и поперечно-полосатых мышц, сон и бодрствование, аппетит и др. Психические процессы — внимание, интересы, память, система отношений личности, включающая отношение к себе, к болезни, к врачу, к терапии, *согласие* (compliance), *совладание* (coping) и др.

В литературе высказываются противоположные мнения о связи плацебо-эффекта с внушаемостью и другими чертами личности. Бытует мнение о том, что наиболее выраженные плацебо-реакции наблюдаются у внушаемых, конформных, боязливых пациентов, готовых к безусловному сотрудничеству со специалистом. Однако многочисленные и разносторонние исследования не нашли надежной связи плацебо-реактивности с внушаемостью, зависимостью, доминированием, покорностью, тревожностью, готовностью к сотрудничеству с врачом и персоналом. Утвердилось мнение, что не существует специфической

«плацебо-личности», то есть определенного типа личности человека, реагирующего на плацебо.

Плацебо-эффект, как подчеркивает И. П. Лапин, не пропорционален интенсивности внушения. Поэтому эйфорическое обещание или ожидание сильного действия не обязательно приводит к большому эффекту. Это связано, по мнению автора, с тем, что плацебо-эффект определяется многозвеньевым взаимодействием черт личности, факторов обстановки и потоков информации, поступающей от врача, персонала, больных, знакомых.

Психологические исследования установили связь плацебо-реактивности в основном с мотивацией и с ожиданием лечебного эффекта. Ожидания пациента определяются его верой в медицину, в данное лечебное учреждение, во врача, в лекарства или другие способы лечения, надеждой, основанной либо на вере, либо на сознательных представлениях о себе, своей болезни, прогнозе. Б. Д. Карвасарский и др. (2000) отмечают, что ожидание больным пользы от лечения само по себе может иметь устойчивое и глубокое влияние на его физическое и психическое состояние. Эффективность психотерапии также *в определенной мере* зависит от способности врача сформировать у пациента надежду на улучшение, а это означает, что плацебо-эффект проявляется в каждом контакте психотерапевт—больной.

Дж. С. Норкросс (1990) приписывает ответственность за эффективность психотерапии именно неспецифическим переменным, к которым относит прежде всего веру пациента в успешность лечения и способность терапевта эту веру вызывать и поддерживать, устанавливая с пациентом доверительные, теплые отношения.

Е. Т. Соколова не без основания считает, что вывод многих эмпирических сравнительных исследований слишком прост: в той мере, в какой пациент верит, что лечение будет успешным, а терапевт искренне заинтересован в его выздоровлении и верит в излечение, оно таковым и становится для пациента. На деле все обстоит гораздо сложнее. По мнению автора, вера и позитивные ожидания пациента, безусловно, являются критическими факторами, инициирующими его обращение за помощью и удерживающими его в терапии, несмотря на все связанные с лечением неудобства: затраты, времени, энергии, денег, сильные душевные потрясения и негативные эмоции. Говоря рыночным языком, пациент надеется, что часть его «вкладов» возвратится в форме смягчения симптомов, приобретения нового опыта конструктивных и доброжелательных отношений, уверенности в себе и т. д.

Глава 2
Классический психоанализ

Начало психотерапии связывается с созданием Зигмундом Фрейдом психоанализа. Революционность его взглядов состояла в том, что он развил психодинамический подход к личности. Центральным в этом подходе является предположение о том, что личность и поведение являются результатом усилий Эго в примирении бессознательных психических конфликтов и требований реального мира.

Фрейд полагал, что помощь пациенту состоит в том, чтобы он лучше понял бессознательные конфликты, которые лежат в основе его проблем. Психоанализ Фрейда предлагает набор психологических процедур для достижения этого понимания.

Многое из того, что предложил Фрейд, используется психотерапевтами в рамках иных теоретических подходов, например: систематическое исследование связи между историей жизни пациента и его актуальными проблемами; акцентирование мыслей и эмоций во время лечения; использование в терапевтических целях отношения между пациентом и терапевтом.

Начало психоанализа

Психоанализ развивался из врачебной практики Фрейда; он был озадачен пациентами, страдающими истерическими симптомами — слепотой, глухотой, параличом или другими симптомами, не имеющими физической причины. Вначале Фрейд использовал гипнотическую суггестию для лечения этих пациентов, но эта терапия оказывала парциальный и временный эффект. Позднее Фрейд и его коллега Йозеф Брейер изменили тактику: они просили загипнотизированных пациентов вспоминать события жизни, которые могли вызвать их симптомы. Развитие невроза представлялось следующим

образом. Некоторые события человек воспринимает как психическую травму, которую он не может пережить во всей полноте из-за ее болезненности. В связи с этим происходит задержка аффекта. Задержанная энергия не находит выхода, а попадает в тело, нарушая его функционирование. За счет этой энергии происходит формирование симптомов в телесной области.

Когда болезненные события вытесняются из памяти, уходят в бессознательное, их место занимает симптом. Симптом иногда кажется случайным, но он как бы шифрует, скрывает переживание, сохраняя его смысл и элементы внешнего проявления. Например, пациентка Брейера Анна О. не могла пить из стакана и глотать воду. В состоянии гипноза она вспомнила вытесненный из памяти эпизод о том, как однажды горничная позволила собаке выпить из стакана. Анна вытеснила чувство отвращения. После того как пациентка вспомнила этот случай, она смогла свободно пить из стакана. При восстановлении событий прошлого высвобождаются вытесненные мысли и чувства, задержанные аффекты разряжаются и симптомы исчезают. Эта терапия, названная Фрейдом и Брейером «разговорным лечением», была основана на катартическом эффекте. В конце концов Фрейд прекратил заниматься гипнозом и просто предлагал пациенту расслабиться на кушетке и сообщать о воспоминаниях, которые приходили ему на ум (использовать свободные ассоциации).

В результате обобщения практики и теоретического анализа понятия бессознательного Фрейд сместил акцент в понимании невроза с травмы на динамику бессознательных влечений. Наблюдения показывали, что в основе невроза лежат не столько реальные травмы, сколько инфантильные влечения и фантазии.

Фрейда поразило то, что многие симптомы его пациентов оказались связанными с воспоминаниями о сексуальном совращении в детстве кем-либо из родителей или близких родственников. Возникал вопрос: было ли совращение детей на самом деле столь распространенным явлением или же отчеты пациентов не соответствовали действительности? Фрейд склонился ко второму предположению: истерические симптомы могут основываться на бессознательных желаниях и фантазиях, а не просто на воспоминаниях действительных событий. Таким образом, воспоминание пациента о совращении в детстве отражает детскую фантазию или желание такого события. Это объяснение не только привело к таким концепциям, как детская сексуальность и эдипов комплекс, но также сместило акцент психоаналитической терапии с раскры-

тия утраченных воспоминаний на изучение бессознательных желаний и конфликтов.

Концепция личности

Психодинамический подход к личности подчеркивает влияние бессознательных психических процессов на детерминацию мыслей, чувств и поведение человека. Теория личности Фрейда начинается с допущения, что люди рождаются с базальными инстинктами или потребностями не только в еде, воде и кислороде, но и в сексе и агрессии. Потребности в безопасности, признании, любви и т. д. основываются на этих фундаментальных потребностях. Каждый человек сталкивается с задачей удовлетворения различных потребностей в окружающем мире, который часто фрустрирует их. Согласно Фрейду, личность формируется и развивается в процессе решения этой задачи и отражается в том, как она решается.

Вспомним, что личность, по Фрейду, состоит из трех главных компонентов: Ид, Эго и Суперэго. Ид — резервуар бессознательной психической энергии, включающей базальные инстинкты, желания и импульсы, с которыми люди рождаются. Выдающимися среди них являются *Эрос* и *Танатос*. Эрос — это инстинкт жизни, самосохранения и сохранения рода, любви к себе и любви к объекту. Энергия этого инстинкта называется *либидо*. Танатос — это инстинкт смерти, который мотивирует агрессию или деструктивность по отношению к себе или другим. Ид стремится к удовлетворению, невзирая на социальные правила или права и чувства других. Иными словами, Ид действует согласно *принципу удовольствия*. Ид — «истинная психическая реальность», поскольку представляет собой внутренний мир переживаний и не имеет доступа к объективной реальности. Его психические процессы первичны, они представляют собой хаотичные попытки достичь немедленного удовлетворения, обеспечивая индивида мысленными образами объектов, необходимых для удовлетворения потребностей или для исполнения желаний. Галлюцинации и видения психически больных служат примерами первичных процессов. Из Ид выделились Эго и Суперэго.

Когда дети подрастают, они начинают понимать, что делать то, что они хотят, не всегда приемлемо. Поскольку родители, учителя, воспитатели и другие люди накладывают все больше и больше ограничений на прямое выражение импульсов Ид, из него развивается вторая часть

личности — Эго, или Я, чтобы найти способы удовлетворения желаний с учетом требований социума. Эго находит компромиссы между неразумными требованиями Ид и требованиями реального мира, руководствуясь *принципом реальности*. Оно действует посредством вторичных процессов: восприятия, решения проблем и вытеснения, иначе говоря, на основе логического мышления и исследования реальности. Эго есть исполнительная часть личности; оно получает энергию от Ид и не может существовать независимо от него. Его функция состоит в защите людей от физического и морального ущерба, который может явиться следствием осознания, не говоря уже об отреагировании, импульсов, исходящих из Ид.

С приобретением опыта дети узнают, что определенное поведение является «неправильным», и начинают упрекать себя за совершение «плохих» поступков. Процесс интернализации (инкорпорации) родительских и социальных ценностей Фрейд называет *интроекцией*. Интроецированные ценности — наши «надо» и «нельзя» — образуют третий компонент личности: Суперэго. Часть Суперэго, включающая запреты («нельзя») и все то, что расценивается как «плохое», называется совестью. Вторая часть Суперэго называется «идеальным Эго» — эта часть включает понятие долга и идеальное поведение, которое рассматривается людьми как «правильное». Суперэго действует в соответствии с *моральным принципом*; нарушение его норм (правил) приводит к чувству вины.

Важным понятием, которое помогает осознать, как развивается Суперэго, является *идентификация*. Идентификация состоит во включении черт другого человека в свое Я, в том числе моделирование собственного поведения в соответствии с поведением другого. Это метод, посредством которого энергия из Ид преобразуется в процессы Эго. Ид не отличает субъективные мысленные образы от реальности, но, поскольку мысленные образы не могут удовлетворить потребности, индивид должен научиться отыскивать различия между образом и восприятием реального объекта, а также сопоставлять их с помощью вторичных процессов (С. Паттерсон, Э. Уоткинс, 2003). Вначале ребенок идентифицируется с родителями и в процессе этого интроецирует их мораль и идеалы. Идеалы родителей становятся Эго-идеалами ребенка, и в результате осуществляется энергетическая подпитка Суперэго. Авторы «Словаря по психоанализу» Ж. Лапланш и Ж.-Б. Понталис подчеркивают роль идентификации в построении образа Я, значение которой они в первую очередь видят во внутренней диффе-

ренциации Я, усложнении его внутренней структуры; саму идентификацию они предлагают рассматривать в качестве одного из механизмов построения личности.

Базальные потребности (Ид), рассудок (Эго), мораль (Суперэго) часто вступают в противоречие с требованиями окружающей среды, что приводит к образованию *интрапсихических,* или *психодинамических, конфликтов*. Фрейд считал, что число, природа и способ разрешения интрапсихических конфликтов придают форму личности и определяют многие аспекты поведения. В норме адаптивное поведение связывается с малым числом конфликтов или с эффективным их решением. Многочисленные, тяжелые или плохо управляемые конфликты приводят к отклоняющимся чертам личности или к психическим расстройствам. Некоторые из этих конфликтов могут быть полностью или частично осознаваемы, но большинство из них не осознаются. В табл. 2.1 приведены примеры интрапсихических конфликтов.

Таблица 2.1. Примеры интрапсихических конфликтов

Конфликт	Пример
Ид против Эго	Выбрать между малым немедленным вознаграждением и большим, но отсроченным
Ид против Суперэго	Вам переплатили, и вы решаете, вернуть ли разницу
Эго против Суперэго	Выбрать между реалистичным поведением (например, ложь во спасение, что морально оправдано) и приверженностью к потенциально ценным или нереалистичным нормам (например, всегда говорить правду)
Ид и Эго против Суперэго	Решить, отплатить ли за нападение слабого оппонента или сдержаться («подставить другую щеку»)
Ид и Суперэго против Эго	Решить, действовать ли реалистично, если это противоречит и вашим желаниям, и вашим моральным убеждениям; например, решение католиков использовать контрацептивные средства
Эго и Суперэго против Ид	Выбрать между желанием действовать согласно импульсу (например, украсть что-нибудь) и невозможностью позволить себе это

Катексис

Психоанализ рассматривается как динамический психологический подход. Это значит, что ядро психоанализа составляют представления о психической энергии и распределении этой энергии между Ид, Эго и Суперэго. Ид — это источник имеющейся в теле психической энергии: в свою очередь, Ид получает энергию от инстинктов. Сексуальное возбуждение — пример движения инстинктивной психической энергии. По мере того как формируются Эго и Суперэго, они также заряжаются энергией. Либидо — это энергия, присущая инстинктам жизни; деструктивным инстинктам присуща агрессивная энергия.

Катексис — это процесс помещения либидозной (или противоположной ей) энергии в различные сферы психической жизни, в идею или в действие. Катектированное либидо перестает быть подвижным и уже не может перемещаться к новым объектам: оно укрепляется в той области психической сферы, которая привлекала и удерживает его.

Катексисы — это заряды инстинктивной энергии, стремящиеся к разрядке. В то время как антикатексисы — это заряды энергии, которые делают невозможной такую разрядку. Ид имеет только инстинктивные «катексисы первичного процесса», стремящиеся к разрядке. Эго же и Суперэго имеют и побудительные катексисы, и сдерживающие антикатексисы. Две характерные черты либидинозных катексисов — это подвижность, легкость, с которой они переходят от одного объекта к другому, и, в противовес этому, склонность к фиксации, или привязанность к специфическим объектам.

Психоаналитик всегда пытается понять непропорциональность катектирования либидо и старается перераспределить его.

Сексуальное развитие

В начале сексуальной жизни выделяют две фазы. Первая, или прегенитальная, фаза сексуального развития представляет собой процесс, кульминационный момент которого приходится на конец пятого года жизни ребенка. Затем следует затишье, или латентный период. Вторая, или генитальная, фаза начинается с возрождения сексуального импульса в период менархе или в период половой зрелости.

В прегенитальной фазе выделяются три отдельные стадии — *психосексуальные стадии*. Каждая из них имеет отношение к той части тела, которая является главной сферой удовольствия в этом периоде жизни. Фрейд говорил, что неудача в решении проблем и конфликтов во время каждой из стадий приводит человека к фиксации.

Оральная стадия. Первый год жизни ребенка называется оральной стадией, потому что рот является центром удовольствия в это время. Ребенок использует рот не только для еды, но также для исследования мира: он берет в рот все — от игрушек до собственных рук и ног. Личностные проблемы возникают главным образом тогда, когда оральные потребности или не удовлетворяются, или ребенок чрезмерно предается этим удовольствиям. Следовательно, раннее или задержанное отлучение от груди может быть следствием чрезмерной привязанности к бутылке (выпивке) и другим формам орального удовлетворения.

У взрослого человека фиксация на оральной стадии может приводить к таким «оральным характеристикам», как чрезмерная разговорчивость, переедание, курение, алкоголизм или даже использование язвительного («кусающего») языка (сарказма).

Чрезмерная зависимость от других (как зависимость ребенка от матери) является другим возможным признаком оральной фиксации. Под влиянием стресса взрослый человек, фиксированный на оральной стадии, склонен к преувеличению этих черт.

Анальная стадия. Вторая психосоциальная стадия наблюдается на протяжении второго года жизни, когда требование контроля за дефекацией сталкивается с инстинктивным удовольствием ребенка испражняться, когда ему захочется. Поскольку фокус удовольствия и конфликт перемещаются изо рта в анус, Фрейд назвал этот период анальной стадией. Если требование регуляции стула слишком строго или предъявляется слишком рано или слишком поздно, то возникают конфликты.

Нерешенные конфликты этой стадии могут формировать «анальную личность». Взрослые, фиксированные на анальной стадии, символически задерживают кал в форме повышенного контроля, скупости, упрямстве, высокой организованности, педантичности и чрезмерной озабоченности в чистоте и порядке. Другую крайность проявляют те, кто символически изгоняет кал: они неряшливы, неорганизованны или импульсивны.

Фаллическая стадия. К возрасту трех лет и в течение последующих двух лет фокус удовольствия перемещается в генитальную область.

Подчеркивая психосексуальное развитие мальчиков, Фрейд назвал этот период фаллической стадией; он говорил, что в течение фаллической стадии импульсы Ид мальчика включают в себя сексуальное влечение к матери и желание уничтожить, даже убить, отца, с которым мальчик должен конкурировать за любовь матери. Фрейд назвал эту констелляцию импульсов *эдиповым комплексом*, потому что он соответствует сюжету древнегреческой трагедии Софокла «Царь Эдип», в которой Эдип, не ведая того, убивает своего отца и женится на своей матери. Враждебные фантазии мальчика и импульсы по отношению к своему отцу создают страх возмездия, называемый *кастрационной тревогой*. Страх становится так силен, что Эго подавляет инцестуозные желания. Затем мальчик стремится стать подобным своему отцу (идентифицироваться с ним), и в этом процессе он обучается мужской сексуальной роли, что позднее помогает ему создать сексуальные отношения с женщиной.

Решение этих конфликтов более сложно для девочек. Согласно Фрейду, девочка начинает с сильной привязанности к матери, но из-за осознания того, что у мальчиков есть пенисы, а у девочек нет, она начинает ненавидеть мать, обвинять ее в этом недостатке и считать себя неполноценной. Она якобы испытывает зависть к пенису и переносит свою любовь на отца, у которого есть этот орган. Но девочка должна все же избегать неодобрения со стороны матери, поэтому она идентифицирует себя с матерью, принимая женскую сексуальную роль, и в последующем выбирает мужчину взамен отца.

Фрейд полагал, что преобладание интерперсональных проблем указывает на то, что большинство людей в некоторой степени фиксировано на фаллической стадии. Человек, который испытывает страх или проявляет агрессию по отношению к учителю, начальнику или другой авторитетной личности, демонстрирует нерешенные конфликты с родителем одного с ним пола. Вот некоторые из проблем, которые также могут быть связанными с плохо решенными конфликтами фаллической стадии: трудности с сексуальной идентификацией, неспособность к поддержанию стабильных любовных отношений, проявление нарушенного или социально неодобряемого сексуального поведения.

Латентный период. Период, начинающийся примерно в шестилетнем возрасте и заканчивающийся к началу периода менархе и половой зрелости, — это период сексуальной латентности. Латентность может быть полной или частичной. В латентном периоде развиваются сексуальные запреты. Один из механизмов, с помощью которых сексуаль-

ная энергия направляется в другое русло, называется *сублимацией*, или переключением либидо на достижение новых целей и на различные культурные занятия. Более того, по мере развития индивида либидинозные импульсы могут индуцировать противоположные антикатексисы, или реакции, например отвращение, стыд, моральные переживания.

Вторая фаза сексуального развития называется *генитальной*. Она начинается в период менархе или в период половой зрелости и предполагает подчинение всех источников сексуального чувства доминирующим генитальным зонам. Возникшие ранее либидинозные катексисы могут быть сохранены посредством включения их в сексуальную деятельность либо посредством их подавления или направления в другое русло. В этой фазе преодолевается стремление к кровосмесительному выбору объекта, а также происходит уход из-под влияния родительского авторитета. Если предшествующее сексуальное развитие индивида было адекватным, он становится готов к установлению гетеросексуальных половых отношений.

Защитные механизмы

Механизмы защиты — это бессознательная психологическая тактика, которая помогает защитить человека от неприятных эмоций (от тревоги и чувства вины). Каждый человек использует механизмы защиты в то или иное время, но чрезмерная опора на них создает проблемы.

Выделяют три вида тревоги: 1) реалистическая тревога, то есть вызванная реальностью (например, тревога, которая возникает при столкновении со злой собакой); 2) невротическая тревога, имеющая источником инстинктивные импульсы Ид; 3) моральная тревога, вызванная конфликтом с Суперэго. Снизить тревогу можно, либо изменив ситуацию, либо исказив восприятие. Этот второй путь связан с формированием механизмов психологической защиты. Они являются специфическими способами взаимодействия с реальностью, позволяющими игнорировать ее, избегать, либо искажать.

Наиболее эффективным, по мнению Фрейда, способом функционирования человека в условиях подавления влечений является *сублимация*. Энергия вытесненного желания может найти выход в социально одобряемой деятельности, не вступая в противоречие с Суперэго.

Например, агрессивные импульсы найдут выражение в спорте, сексуальные — в литературе, искусстве, других видах деятельности. Сублимированная энергия, по мнению Фрейда, создает цивилизацию.

Вытеснение — один из наиболее простых механизмов, направленных на удаление из сознания неприемлемого содержания чувств, мыслей и намерений к действию, потенциально вызывающих Суперэго. Однако вытесненные в бессознательное, эти «комплексы» продолжают действовать на душевную жизнь и поведение человека и постоянно ищут выхода наружу. Поэтому для удерживания их в бессознательном требуется постоянный расход энергии. Например, человек может полностью подавить свои агрессивные импульсы, и они дадут о себе знать лишь в описках, оговорках. Человеку предстоит неприятная миссия, и он как бы нечаянно забывает номер телефона, по которому должен позвонить.

Регрессия — возвращение человека на более ранние стадии психосексуального развития. В эмоционально трудных ситуациях взрослый может вести себя, как ребенок, например верить в таинственных духов, ждать от них помощи. Возвращение на оральную стадию будет связано с оральным удовлетворением, например употреблением алкоголя. Защитной реакцией может быть засыпание днем. Регрессия может проявиться в широком спектре форм детского поведения: порче вещей, импульсивных реакциях, безосновательном риске, агрессивных действиях против авторитетов и т. д.

Отрицание — это попытка не принимать за реальность события, нежелательные для Эго. Примечательна способность в таких случаях «пропускать» в своих воспоминаниях неприятные события, заменяя их вымыслом. В качестве характерного примера Фрейд приводит воспоминания Чарльза Дарвина: «В течение многих лет, — писал Дарвин, — я следовал золотому правилу, а именно, когда я сталкивался с опубликованным фактом, наблюдением или идеей, которые противоречили моим основным результатам, я незамедлительно записывал это; я обнаружил, по опыту, что такие факты и идеи гораздо легче ускользают из памяти, чем благоприятные». Другой пример — алкогольная анозогнозия — отрицание своей зависимости от алкоголя.

Реактивное образование есть защита, при которой поведение человека является противоположным его истинным чувствам. Это инверсия желания. Например, сексуальные импульсы могут отвергаться посредством чрезмерной стыдливости, отвращения и ненависти к сексуальности. Мать может полностью подавлять раздражение, которое вызывает

у нее ребенок, недовольство его поведением, и проявлять повышенную заботу о его воспитании, образовании, здоровье. От естественной заботы матери о ребенке такое поведение отличается навязчивостью, а чувства — большей интенсивностью. Или зависимый человек демонстрирует несогласие, негативизм, ссорится с родителями. При этом мнение родителей будет для него решающим, но он постоянно действует вопреки их советам и требованиям. Защитный характер такого поведения обнаруживается в его эмоциональной насыщенности и ригидности (такой человек не следует ни одному совету).

Проекция — подсознательное приписывание собственных предосудительных качеств, чувств и желаний другому человеку. «Нельзя доверять партнеру», — говорит деловой человек, который сам ведет нечестную игру. «Все мужчины хотят одного», — можно услышать от женщины, испытывающей сильное сексуальное влечение. Ребенок наделяет своими чувствами игрушку.

Замещение — смена объекта, на который направлены чувства. Этот механизм включается, когда выражение чувств в отношении данного объекта чревато опасностью и вызывает тревогу. Подобную ситуацию можно часто наблюдать в жизни, когда на случайно подвернувшегося человека выплескивается гнев, изначально направленный, например, на начальника.

При действии описанных защитных механизмов конфликтное содержание совсем не попадает в сознание. Формируются и более сложные «маневры» Эго, в результате которых травмирующее содержание частично попадает в сознание, но подвергается искажению.

Изоляция — это отделение психотравмирующей ситуации от связанных с ней душевных переживаний. Разрывается связь между мыслью и эмоцией. Иногда при сильной травме, например смерти близкого, человек понимает, как велика утрата, но перестает на нее реагировать эмоционально. Происходит как бы одеревенение, снижение чувствительности в отношении травмирующего фактора. Все происходит как будто с кем-то другим. Изоляция ситуации от собственного Эго особенно ярко проявляется у детей. Играя с куклой, ребенок может «позволить» ей делать и говорить все, что ему самому запрещается: быть безрассудной, жестокой, ругаться, высмеивать других и т. п.

Рационализация — это оправдание неприемлемых для личности желаний, чувств, мотивов. Не признавая действительных движущих сил поступков, человек стремится подыскать им социально одобряемое оправдание. Таким образом Суперэго справляется с Ид.

Интеллектуализация проявляется в том, что человек знает о наличии подавленных импульсов, знание о них присутствует в сознании, но сами эти импульсы вытесняются. Например, можно предполагать наличие гнева по отношению к отцу, но при этом вытеснять агрессивные импульсы, направленные на отца и другие авторитетные фигуры.

Таким образом, механизмы защиты — это способы, с помощью которых Эго защищает себя от внутренних и внешних напряжений. В психодинамической терапии предполагается, что защитные механизмы искажают реальность, но они функциональны и необходимы, поскольку временно устраняют из сознания действие травмирующего фактора. Однако если они становятся слишком ригидными, то затрудняют адаптацию и развитие человека.

Защиты Эго мешают разрядить энергию влечения и предотвращают осознание. Эго ослабевает и оказывается подавленным. В этой борьбе далеко не второстепенную роль играет Суперэго. Суперэго запрещает Эго любую попытку, даже символическую, разрядить инстинктивную энергию, вселяя чувство вины. Эго тратит энергию не на удовлетворение потребности, а на ее подавление, стремясь не допустить запретные импульсы в сознание и не проявить их в действии.

В процессе психотерапии защиты снимаются при одновременном укреплении Эго для того, чтобы оно могло управлять поведением, не искажая реальности, и высвободившиеся импульсы не разрушили функционирование личности. Сильное Эго возможно при достижении его независимости от Ид и Суперэго. Поэтому принципиальная цель психоанализа состоит в том, утверждает Фрейд, «чтобы усилить Эго, сделать его более независимым от Суперэго, расширить поле его восприятия и усовершенствовать его организацию, чтобы оно могло освоить новую порцию Ид».

Избавление от невроза — это преодоление конфликта Ид и Эго, расширение сферы Эго, достижение его независимости от Суперэго. «Там, где было Ид, должно стать Эго», — писал Фрейд.

Концепция невроза

Невроз развивается в результате раннего (до шестилетнего возраста) вытеснения сексуальных и агрессивных влечений, хотя симптомы могут проявиться гораздо позднее — вследствие активизации фрустрированных либидинальных импульсов под воздействием сексуаль-

ного стресса или кризиса. Вытесненное содержание оживает и пытается проникнуть в сознание, поэтому возникают симптомы. Фрейд говорил: «Отцом человека является ребенок».

При *истерии* вытеснение происходит в форме исключения переживаний и воспоминаний о них из сознания. Вытесненные воспоминания находятся вне осознания до тех пор, пока конкретное событие или жизненная ситуация их не потревожат. С точки зрения ортодоксального психоанализа содержанием вытесненного является эдипов конфликт, при котором сексуальные желания направлены на материнскую или отцовскую фигуру. Из-за страха кастрации эти переживания сначала вытесняются из сознания, а затем перемещаются на любой орган, преобразуясь в симптом. Симптом в символической форме выражает забытое и вытесненное воспоминание. Этот процесс получил название *конверсии*. Конверсионные симптомы очень многообразны: боли, параличи, афазии, истерические амнезии и провалы в памяти, ком в горле и т. п.

При неврозе навязчивых состояний сексуальные переживания также вытесняются, но при этом воспоминания остаются в сознании, однако к ним не присоединены чувства. Неприемлемые идеи связываются с другими безвредными или нейтральными идеями; навязчивые действия выступают в качестве суррогата неприемлемых сексуальных идей, занимают их место в сознании. С аналитической точки зрения в качестве этиологических факторов обычно отмечают негативный эдипов комплекс, при котором сексуальное желание мальчика перверсно направляется на отца, а мать не выступает в своей эмоционально поддерживающей роли; к этому прибавляется страх кастрации со стороны чрезмерно строгих родителей, пуританство, ханжество или религиозные нормы морали. Регрессия при неврозе навязчивых состояний восходит к анальной стадии развития.

Цели психоанализа

Вслед за Р. Нельсон-Джоунсом (2000) мы сформулируем цели психоанализа следующим образом. Невротик — это человек, не способный получать удовольствие и действовать эффективно. Для получения возможности испытывать удовольствие невротик должен суметь направить свое либидо на реальные объекты, вместо того чтобы преобразовывать его в симптомы. Для того чтобы действо-

вать эффективно, Эго должно иметь энергию либидо в своем распоряжении, а не растрачивать ее на отражение атак либидинальных импульсов посредством подавления. Кроме того, Суперэго человека должно давать ему возможность либидинальной экспрессии и эффективного использования своего Эго. Таким образом, можно выделить три основные цели психоанализа: 1) освобождение импульса; 2) усиление основанного на реальности функционирования Эго, в том числе такое расширение восприятия Эго, которое позволило бы ему присвоить большую часть Ид; 3) изменение содержания Суперэго таким образом, чтобы Суперэго представляло человеческие, а не жесткие моральные стандарты.

Психоанализ — это процесс перевоспитания Эго. Подавление было институировано, когда Эго клиентов были слабыми. Однако теперь Эго клиентов не только стали сильнее, но и получили союзников в лице аналитиков. Методы, с помощью которых аналитики помогают ослабленным Эго снять подавление, добиться инсайта (понимания) и научиться принимать реалистические решения, обсуждаются далее.

Технические процедуры

Общие принципы психоанализа мы излагаем по Р. Гринсону (1994), который выделяет следующие основные технические процедуры: продуцирование материала, его анализ и формирование рабочего альянса.

Продуцирование материала

Основными способами продуцирования материала являются: свободная ассоциация, реакция переноса и сопротивление.

Свободная ассоциация

Фрейд все усилия направлял на создание процедуры, при которой сам пациент активно воспроизводил бы события из прошлого. Им была найдена новая стратегия, новый метод психоаналитической работы — метод свободных ассоциаций. В свободных ассоциациях человек не повторяет конфликтное содержание; он регрессирует, перемещаясь по следу актуального переживания. Опускаясь в инфантильные конфликты, пациент вместе с психоаналитиком наблюдает, куда приводит его нить свободных ассоциаций.

Процедура, практикуемая Фрейдом, выглядела следующим образом. Пациент укладывался на кушетке, врач садился у изголовья так, чтобы не попадать в поле зрения пациента. Пациенту предлагалось войти в состояние спокойного самонаблюдения, не углубляясь в раздумья, и сообщать все, что приходит ему в голову, без сознательного отбора, не придерживаясь какой-либо логики. Важна не логика, а полнота. Пациента предостерегали от тенденции поддаться какому-либо мотиву, желанию что-либо выбрать или отбросить, даже если какие-то мысли кажутся тривиальными, иррациональными, не относящимися к делу, неважными или болезненными, унизительными, нескромными, смущающими. Необходимо следовать по поверхности сознания, удерживаясь от критики.

Содержание свободных ассоциаций — прошлое и будущее, мысли и чувства, фантазии и сны. В них вырывается на поверхность сознания вытесненное бессознательное. В ходе свободных ассоциаций пациент учится воспроизводить травматический опыт. Фрейд полагал, что в поведении человека нет случайности и ариаднина нить свободных ассоциаций приведет пациента к входу в темную пещеру бессознательного. Сниженная сенсорная активность, когда даже психоаналитик не попадает в поле зрения пациента, дает ему свободу для выражения подавленных мыслей и чувств.

Перенос

Механизм феномена *переноса* (*трансфера*) заключается в том, что пациент подсознательно идентифицирует врача с объектами своих прегенитальных сексуальных влечений. Другими словами, больной «переносит» на врача чувства, которые ранее испытывал по отношению к другим людям, прежде всего к родителям. Различают *позитивный* и *негативный переносы*. Позитивный перенос проявляется чувствами симпатии, уважения, любви к аналитику, негативный — в форме антипатии, гнева, ненависти, презрения и т. п.

Чувства, словно призраки, возникают из прошлого, но пациенту они кажутся живыми. Он как бы играет одну и ту же пьесу, с теми же действующими лицами. Меняются лишь исполнители. Причем окружение человека нередко поддерживает трансферные отношения, с готовностью играет предлагаемые роли, закрепляя невротическое поведение. В жизни человека могут возникать симбиотические отношения, если, например, доминирующая жена принимает на себя роль матери. Однако такие отношения ведут не к идиллии совместимости, а к вос-

произведению внутриличностных конфликтов и порождению межличностных.

В ходе психоанализа на одну из вакантных ролей пациент приглашает аналитика, переживая во взаимоотношениях с ним основную фабулу пьесы своей жизни. Сюжет пьесы возник еще в детстве, но постоянно воспроизводится в жизни пациента. Принимая на себя роль в этой пьесе, психоаналитик должен переписать заново и отрежиссировать новую пьесу.

Фрейд использовал также термин *трансферентный невроз* — «совокупность реакций переноса, в которой анализ и аналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента, и невротический конфликт пациента вновь оживает в аналитической ситуации». Механизм трансферентного невроза таков: энергия либидо переносится с важного лица в жизни пациента на психоаналитика, и когда при разрешении конфликта она высвобождается, то уже не возвращается объекту из прошлого. Поэтому трансфер рассматривается как важный фактор лечения. Невроз переноса служит как бы переходом от болезни к выздоровлению. *Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса, а затем использовать его в лечебных целях*. Здесь применяются такие технические приемы психоанализа, как относительная анонимность аналитика, его ненавязчивость, «правило абстиненции» и «аналитик-зеркало».

Невроз переноса может быть купирован только аналитическим путем; другие методы лечения могут лишь изменить его форму.

Понятие трансфера рассматривается в многообразных контекстах. Наиболее употребляемо понимание, идущее от ранних работ Фрейда: аналитик замещает какое-то важное лицо (родителя, друга, обидчика) из детства пациента. В психоанализе воспроизводятся особенности этих отношений, но объектом становится психоаналитик. Распространено также мнение, что переносом являются все отношения, поскольку человек повторяет одни и те же желания и чувства. М. Кляйн считала, что эти отношения сформировались еще на доэдиповых (оральной и анальной) стадиях психосексуального развития. Одни авторы считают, что трансфер возникает из неосознанной надежды получить удовлетворение; другие рассматривают его прежде всего как сопротивление, поскольку он позволяет избежать болезненных воспоминаний, заменяет осознание отыгрыванием в действии.

Сопротивление

Сопротивление — это внутренние силы пациента, находящиеся в оппозиции к психотерапевтической работе и защищающие невроз от терапевтического воздействия. По форме сопротивление представляет собой повторение тех же защитных реакций, которые пациент использовал в своей повседневной жизни. Сопротивление действует через Эго пациента, и хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бессознательной.

Задача психоаналитика состоит в том, чтобы раскрыть, как пациент сопротивляется, чему и почему. Непосредственной причиной сопротивления является несознательное избегание таких болезненных явлений, как тревога, вина, стыд и т. п. За этими универсальными реакциями в ответ на вторжение во внутренний мир пациента обычно стоят инстинктивные побуждения, которые и вызывают болезненный эффект.

Фрейд различал следующие пять типов сопротивления:

1. Одно из наиболее мощных сопротивлений — сопротивление Ид, которое может противиться изменению в направлении его удовлетворения и нуждается в «проработке», которая поможет найти новый способ удовлетворения Эго.
2. Сопротивление-подавление.
3. Сопротивление отказу от выгодных последствий болезни.
4. Сопротивление-перенос, которое возникает в результате подавления чувств в отношении аналитика.
5. Сопротивление Суперэго, которое возникает из бессознательного чувства вины и необходимости наказания. Например, зрелая женщина не может позволить себе признать сексуальное влечение, запрет на которое наложен родительским воспитанием.

С практической точки зрения, по мнению Р. Гринсона, целесообразно различать эгосинтоничные и эгоотчужденные сопротивления. В первом случае пациент отрицает сам факт существования сопротивления и сопротивляется его анализу; во втором пациент чувствует, что сопротивление чуждо ему, и готов работать над ним аналитически. Одним из важных этапов психоанализа является перевод сопротивления из эгосинтонического в эгоотчужденное. Как только это достигается, пациент формирует рабочий альянс с аналитиком и у него появляется готовность работать над своим сопротивлением.

Анализ материала пациента

Техника анализа включает в себя четыре процедуры: конфронтацию, прояснение, интерпретацию и тщательную проработку.

Анализируемое явление должно стать очевидным для пациента — *конфронтация*. Например, прежде чем анализировать сопротивление, нужно показать пациенту, что этот феномен у него существует. Если пациент понимает это, можно переходить к следующему этапу — *прояснению*.

Прояснение имеет целью сфокусировать внимание на анализируемом феномене, тщательно отделить его от других явлений, четко обозначить его границы.

Следующий, основной этап анализа — *интерпретация*. Интерпретировать означает делать неосознанные феномены осознанными. Для интерпретации аналитик использует не только свои теоретические знания, но и свое бессознательное, свои эмпатию и интуицию.

На первых этапах развития психоанализа Фрейд предлагал свои интерпретации непосредственно, но позже считал необходимым вводить интерпретацию при определенных условиях (наличии сопротивления). Очень важно, чтобы введение интерпретации было своевременным. Интерпретация — это предположение психоаналитика, которое нуждается в проверке опытом пациента. Поэтому она предоставляется, когда пациент сам приблизился к осознанию связи событий прошлого с актуальной проблемой. Причем связь эта должна быть не интеллектуальной догадкой, позволяющей сомневаться в ее истинности, а основываться на сходстве особенностей переживания. Пациент должен обнаружить повторение самой структуры конфликта, заново пережить столкновение противоречивых импульсов и запретов, как они были прочувствованы в детстве. Интерпретация достигнет цели, если обнаруживается не только интеллектуальное понимание, но и переживание старого конфликта.

Содержание для интерпретации тщательно готовится, иначе интерпретация может травмировать и создать новую систему защит. Пациент не должен почувствовать в результате свою ущербность, слабость. Если он обнаружит оценку в реакции терапевта, то снова вытеснит это переживание и интерпретация не достигнет цели.

Слишком глубокая, быстрая интерпретация также оказывается вредной, поскольку вызывает тревогу и дезинтеграцию Эго.

Различают два вида интерпретаций: горизонтальную и вертикальную. *Горизонтальная интерпретация* позволяет выделить сходные темы в аспектах опыта пациента, которые казались не связанными. Например:

«Вы чувствуете, что начальник, жена и обстоятельства — все против вас. Вы злитесь, но сдерживаете себя». Горизонтальная интерпретация позволяет установить содержание, обрисовать проблему, понять ее смысл. Обычно она готовит появление вертикальной интерпретации. *Вертикальная интерпретация* проникает в источник психологического конфликта, возвращая к точке фиксации. Например: «Вы боитесь говорить об этом, потому что думали, что я буду смеяться над вами, как делал это отец».

Путь от интерпретации к пониманию обозначается как этап *тщательной проработки*. Это путь от инсайта к пониманию пациентом самого себя. Из всех процедур анализа тщательная проработка — самая длительная по времени. Иногда она затягивается на полгода и более.

Анализ сопротивления

Сопротивление выражается разными способами: оно может выражаться в молчании; маскироваться под скуку; пациент может много говорить, избегая определенных тем, описывая мелочи и незначительные детали, но умалчивая о чувствах; проявляться в абстрактных, банальных рассуждениях по поводу содержания конфликтных переживаний; в рассказах о событиях без эмоционального включения в рассказ; в отсутствии сновидений; в воспроизведении только событий прошлого или фокусировке на настоящем без уяснения их связи; в опоздании на сеанс или прерывании лечения.

Может встретиться и менее явное сопротивление, когда пациент создает иллюзию работы над переживанием, обсуждает предлагаемый материал, соглашается с интерпретациями, но не достигает инсайта по проблеме. На наличие сопротивления могут указывать противоречия между вербальным и невербальным поведением. Например, пациент говорит: «Я очень любил отца» — и при этом сжатыми кулаками стучит по колену.

В русле психодинамической терапии сформулированы нормы построения терапевтического процесса, анализ начинается с поверхности.

Необходимо проанализировать наличие сопротивления, прежде чем подходить к содержанию. Сопротивление — это бастион, который нельзя обойти. Если попытаться это сделать, враждебные анализу силы окажутся в тылу и будут саботировать терапевтический процесс. Отсутствие проработки сопротивления ведет к повторению закрепившихся у пациента защит. Если же оно проанализировано,

Эго укрепляется и становится способным освоить новую порцию Ид. Например, пациент говорит «мертвым» языком о своих чувствах, смущается. Сначала прорабатывается, что вызывает смущение, иначе пациент в дальнейшем окажется неспособным передать свои переживания. Работа с сопротивлением приводит к выявлению конфликта и таким образом анализ содержания становится логичным и неизбежным. Если психоаналитик затрагивает слишком глубокие пласты, то он рискует не получить отклика из-за глухой стены сопротивления. Поэтому анализ проводится, начиная с поверхности. Пациент сам определяет тему сеанса, поскольку он отталкивается от поверхности и замечает то, что уже готово для осознания. Психоаналитик управляет ходом сеанса в соответствии с пониманием проблемы и логики ее разрешения.

Работа с сопротивлением проходит следующие этапы:

1. Распознание. Когда сопротивление только проявляется, его замечает лишь психотерапевт. На этом этапе анализ преждевремен, пациент легко может отрицать сопротивление. Когда же оно становится заметным, психотерапевт демонстрирует его пациенту.

2. Демонстрация. Вначале психотерапевт указывает на наличие сопротивления, не интерпретируя его содержания и источника. Наилучшим методом для демонстрации является конфронтация. Психоаналитик может сказать: «Мне кажется, вам трудно говорить о сексе» или «Вы, кажется, чего-то избегаете» и т. п. На этом этапе психоаналитик не интерпретирует источник и мотив сопротивления. Ему важно показать, что сопротивление — естественная реакция, феномен, с необходимостью возникающий в психоанализе. Критика, неодобрение со стороны психотерапевта могут стать серьезным испытанием для рабочего альянса.

3. Прояснение мотивов и форм сопротивления. Чаще начинают с выяснения мотива, или причины, сопротивления: какого болезненного аффекта пациент старается избежать (тревога, вина, стыд, депрессия). Подсказкой может служить невербальное поведение. Стиснутые челюсти, сдавленный голос, сжатые кулаки могут указывать на сдерживание печали. Дрожащий голос, вздрагивания, сухость во рту нередко сопряжены со страхом, тревогой.

Тут уместна конфронтация: «Вы чего-то боитесь». Если же психоаналитик не уверен, что правильно понял эмоцию, он предпочитает спросить: «Как вы чувствовали себя, когда рассказывали о жене?» Если пациент затрудняется в прояснении того, чему он сопротивляет-

ся, то можно предложить ему сосредоточиться на вопросе: «Что меня печалит?»

После прояснения мотива определяется форма сопротивления, — то, как пациент сопротивляется. Следует отметить, что прояснение нередко начинается с формы сопротивления. Это особенно эффективно, если его проявления не характерны для пациента (например, пунктуальный пациент опаздывает на сеанс).

4. Интерпретация сопротивления. Цель — дополнить картину сопротивления, выявить, на основании какого конфликта возникло препятствие на пути анализа. На этом этапе проясняется, каким образом возник конфликт, как он проявляется в жизни пациента, какие образцы поведения и эмоционального реагирования он породил.

5. Проработка. Необходимость этого последнего этапа вызвана тем, что Фрейд называл «залипанием либидо», а Юнг — «психической инерцией». Цель — преодоление сопротивления Ид. Проработка является прослеживанием влияния уже осознанного конфликта на разные жизненные события, это повторение, расширение анализа сопротивления. Проработка позволяет углубить понимание пациента за счет увеличения количества привлекаемого материала. Интерпретация вновь возникших сопротивлений проясняет проблему и ведет к более устойчивым результатам. Постепенно снимая наслоение защит, преодолевая возникающие препятствия, анализ продвигается в направлении к источнику конфликтных переживаний.

Анализ переноса

Поскольку пациентом владеют сильные бессознательные импульсы, через какое-то время они начинают направляться на психотерапевта. Возникает трансфер. По отношению к психотерапевту пациент начинает испытывать эмоции, которые определяются не реальной ситуацией их взаимодействия, а образцами эмоционального реагирования из прошлого.

Психотерапевт придерживается следующей манеры поведения. Он не прекращает развитие трансфера, не исправляет искажений в восприятии отношений, но и не принимает роли, которую ему навязывает пациент, не провоцирует трансферных реакций. Поведение аналитика лишено личностной окраски, он выступает в качестве «белого экрана», на который пациент проецирует образцы своего детства.

Пациент может выражать недовольство аналитиком или просить утешить его. Психотерапевт же, не принимая чувств на свой счет,

стремится проанализировать их истинную направленность. Фрейд сформулировал *правило абстиненции*, в соответствии с которым психоаналитик не должен давать замещающих удовлетворений. Например, если пациент бессознательно хочет получить от аналитика утешение или, наоборот, наказание, психоаналитик фрустрирует эти инфантильные потребности, проясняя их. Депривация невротических желаний ведет к более глубокой регрессии, оживляет старые чувства и отношения. В этой перспективе они становятся видимыми для рационального Эго.

Некоторые пациенты отказываются анализировать свои чувства по отношению к терапевту, считая их либо случайными, либо естественными, вызванными самим терапевтом. Поэтому аналитик объясняет, что трансфер — важный элемент лечения, что на этой модели может быть представлена вся его жизнь, способ строить взаимоотношения с людьми.

Процесс работы с трансфером проходит этапы, сходные с анализом сопротивления.

1. Вначале трансфер демонстрируется. Например, психоаналитик использует конфронтацию: «Вы, кажется, злитесь на меня?» или «Вы боитесь говорить о своих чувствах ко мне».
2. Затем он проясняет ситуацию, рассматривая детали, отыскивая те слова, действия, которые послужили пусковым механизмом для запуска трансферной реакции.
3. На этапе интерпретации исследуются чувства, фантазии пациента в отношении аналитика.
4. Проработка предполагает отыскивание тех людей и ситуаций, в отношении которых воскрешаются анализируемые чувства. Рассматривается их влияние на жизнь пациента, принятые им решения и т. п. При этом важно найти первоначальный объект, который определил данный способ реагирования.

Следует учитывать, что не все аспекты отношения пациента к аналитику являются трансферными. Например, испытываемая в начале терапии тревога не обязательно трансферная, хотя и может повторять тревогу по поводу другого важного события в жизни пациента.

В противоположность трансферным отношениям в психоанализе развивается терапевтический альянс. Ослабленное в результате регрессии Эго пациента для контакта с реальностью опирается на Эго аналитика. Идентифицируясь с ним, пациент сохраняет способность

к самонаблюдению и желание продолжать анализ, несмотря на возникающие трудности.

Для создания хорошего терапевтического альянса необходимо сильное Эго психоаналитика. Работа может быть успешной, только если терапевт действует объективно, осознавая неадекватность реакций пациента. Поэтому важным условием ясности переноса является элиминирование (устранение) эмоциональных проявлений аналитика. Фрейд писал, что аналитик не должен быть для пациента прозрачным как стекло. Наоборот, подобно зеркалу, он должен отражать чувства пациента, делать их для него видимыми.

У терапевта, как и у всех людей, есть неосознанные чувства. Эти переживания влияют на отношения с пациентом. Неосознанные желания и чувства, «слепые пятна», могут исказить, затуманить восприятие, и тогда трансфер не будет обнаружен и проанализирован. Например, если у терапевта затруднена самореализация, он переживает себя как малоценную личность, то он не заметит позитивного переноса и будет принимать восторги и зависимость пациента как естественное и необходимое выражение оценки своего труда. Последующее проявление противоположных чувств застанет его врасплох и приведет к прекращению терапии.

Потребность терапевта доминировать, властвовать проявится в том, что он станет играть роль авторитарного отца, которую ему с готовностью предложит кто-то из пациентов. В подобных случаях процесс потеряет свой смысл как терапевтический и будет воспроизведением старых клише.

Если проблемы психоаналитика каким-то образом связаны с проблемами пациента, то свои бессознательные конфликты он может проецировать на пациента. Пациент становится как бы значимым лицом из окружения аналитика в детстве либо играет роль его самого.

Если у терапевта проблемы в сексуальной сфере, то он станет рассматривать пациентов сквозь призму сексуальных проблем. Это может стать серьезной преградой для понимания пациентов. Данную проблему заметил еще Фрейд в своей собственной работе и поэтому рекомендовал аналитикам прохождение психоанализа каждые пять лет.

Безусловно, терапевт не может быть совершенно беспристрастным, и в отношении пациента у него возникают эмоциональные реакции — *контртрансфер*. Однако помехой анализу являются не сами по себе эмоции, а неосознанность реакции. Неосознанные чувства становятся все более интенсивными в ходе терапии, начинают препятствовать

адекватному восприятию пациента и вредить анализу. Если же терапевт стремится осознать свои чувства, то контрперенос способствует продвижению в терапии.

Профессиональная позиция психоаналитика состоит в том, что он не принимает на свой счет чувства пациента, он не отреагирует контртрансфер. Анализируя свои бессознательные эмоциональные реакции, терапевт стремится проработать скрытые конфликты. Нельзя стать хорошим психотерапевтом, при этом плохо понимая себя. Аналитик также использует контрперенос для более глубокого проникновения в чувства пациента. Наличие контртрансфера указывает на необходимость самоанализа и супервизии для терапевта.

Анализ сновидений

Особенно значительное место в психоанализе занимает техника работы со сновидениями. В соответствии с представлениями Фрейда сновидение направляется бессознательными импульсами, в которых человек не хочет признаться в сознательном состоянии. Во время сна контроль сознания ослабевает и запретные импульсы выходят наружу. Сильными побуждениями сон может быть нарушен, поэтому сновидение их маскирует, облекая в символы.

Фрейд рассматривал сновидение как перевод скрытого (латентного) содержания бессознательного на язык символов. Под скрытым содержанием понимались вытесненные желания. Явное содержание получается в результате процессов сгущения, смещения и вторичной обработки.

Под сгущением понимается комбинация различных элементов, даже их наложение друг на друга в одном элементе сновидения. Эти элементы объединяются сходством в переживании. Так, человеку приснился начальник, но действие происходило в его родном городе, откуда он давно уехал. При анализе сна пациент вспомнил, что в детстве его побили одноклассники именно в том месте, которое появилось во сне. Оба элемента были связаны с обидой.

Смещение проявляется в том, что в сновидении возникает случайный элемент, мало связанный с главным содержанием ситуации, в которой проявилось неосознанное переживание. Например, накануне человек почувствовал неловкость, когда обнаружилась его некомпетентность в беседе с деловым партнером. Во сне из этой ситуации присутствовал письменный прибор партнера. Переживание неловкости, будучи травмирующим, могло разрушить сон, и «цензура» его не пропустила, незамеченной проскользнула лишь одна деталь.

Вторичная обработка — это процесс, в результате которого сновидение приобретает цельность и связанность, заполняются пробелы, исправляются несоответствия.

Образы сна Фрейд рассматривал как знаки, которые психоаналитик должен расшифровать, как ребус. Он считал, что большинство образов — универсальные, общие для всех людей символы, имеющие сексуальную природу и отражающие инфантильные побуждения. Символы ассоциативно связаны со скрытым содержанием и напоминают его элементы или по функции, или по форме.

Один и тот же символ для разных людей может приобретать разный смысл. Так, образ огня может быть и символом чувственности, и символом Бога. Огонь может означать и тепло, уют, и опасность. Таким образом, он может быть связан и с удовольствием, и со страхом, и с агрессией. Сон о наготе может означать и сексуальное влечение, и эксгибиционизм, и желание быть искренним, и страх перед разоблачением.

Главным методом исследования сновидений является *метод свободного ассоциирования*. При анализе сновидений необходимо соблюдать три основных правила.

1. Не обращать внимания на внешнее содержание сновидения независимо от того, понятно оно больному или кажется абсурдным, так как оно все равно ни в коем случае не соответствует искомому бессознательному.
2. Сновидения следует разбивать на элементы, каждый из которых исследуется в отдельности. При этом пациента просят «объяснять» каждый элемент сновидения первыми пришедшими в голову словами, то есть свободно ассоциировать. Получается нечто подобное «ассоциативному эксперименту» с той лишь разницей, что в сновидении «слово-раздражитель» заменено чем-то, что само исходит из душевной жизни видевшего сон, из того, что само может быть «производным от комплексов».
3. При анализе сновидений исследователь должен набраться терпения и подождать, пока «скрытое, исконно бессознательное *не возникнет само*».

При анализе сновидений врач наталкивается на сопротивление. Как раз те мысли, которые пациент пытается подавить, оказываются наиболее важными для вскрытия бессознательного. Из сказанного следует еще одно условие, которое непременно следует разъяснять анализируемому: не замалчивать ни одной из пришедших ему в голову мыслей,

даже если они не соответствуют здравому смыслу и его понятиям о приличии.

Приводим пример анализа сновидения, проведенного Фрейдом.

- Сновидение: он уезжает; его багаж доставляется в экипаже на вокзал; много чемоданов, один на другом; среди них два больших черных «образцовых» чемодана; в утешение он кому-то говорит: «Так ведь эти едут только до вокзала».
- Анализ: он иностранец, путешествует с очень большим багажом; во время лечения рассказывает много историй о женщинах; два черных чемодана соответствуют двум брюнеткам, которые в настоящее время играют в его жизни главную роль; одна из них хотела приехать вслед за ним в Вену, но по совету психоаналитика он отказал ей по телеграфу.

Рабочий альянс

Рабочий, или терапевтический, альянс предполагает рациональное взаимоотношение пациента и аналитика, дающее возможность пациенту целеустремленно работать в аналитической ситуации, а аналитику добиваться терапевтического успеха.

На формирование рабочего альянса в равной мере влияют пациент, аналитик и аналитическая среда. Аналитик способствует формированию рабочего альянса всем своим поведением, в котором делает акценты на эмпатии, понимании и недирективности. От пациента требуются искреннее желание подвергнуться анализу и определенные способности.

Только тот пациент, у которого установки на психоанализ глубоко мотивированы, может вынести лечение, требующее времени, терпения, а главное, тесно связанное с раскрытием интимных переживаний. Не могут рассчитывать на успех пациенты, которые ждут от психоанализа быстрых положительных результатов, или пациенты, заинтересованные в своем болезненном состоянии.

В процессе лечения пациенту предлагается быть активным и пассивным, полностью отдаваться свободным ассоциациям или, наоборот, быть логичным и соблюдать последовательность в мышлении. Пациент должен уметь выслушать и понять аналитика, а также выразить словами свои переживания и чувства. Для этого требуется, чтобы он имел достаточно пластичное Эго, другими словами, он должен об-

ладать определенными способностями работать в психоаналитической ситуации.

У психоаналитиков существует понятие об *анализируемости* пациента, так же как у психотерапевтов, ориентированных на суггестивную терапию, понятие о *внушаемости*. Анализируемость зависит в основном от личностных особенностей пациента, от его способности снять контроль над своими мыслями и чувствами. Одним из факторов, способствующим успеху анализа, является способность к эмпатии, способность временно идентифицироваться с другими людьми. Замкнутые, эмоционально ригидные, импульсивные люди плохо поддаются психоаналитической терапии.

Психоанализ, как и любой метод психотерапии, не может быть панацеей от всех заболеваний. Он может быть только «предметом выбора», и показания его весьма ограничены. Следует напомнить слова Фрейда, который в конце жизни на основании огромного опыта отмечал, что «область применения психоаналитической терапии составляют неврозы перенесения — фобии, истерия, неврозы навязчивостей, кроме того, нарушения характера, появляющиеся в результате этих неврозов. Все отличающееся от этого... в большей или меньшей степени непригодно».

Разновидности психоанализа

Некоторые из разновидностей психоанализа в отличие от фрейдизма менее фокусированы на Ид, бессознательном и инфантильных конфликтах. Они уделяют больше внимания актуальным проблемам и тому, как можно использовать силу Эго для их решения. В этих терапиях пациентам помогают осознать не эдипов комплекс, а то, как глубинные чувства тревоги, неуверенности, неполноценности приводят к расстройствам мыслей и проблемам в отношениях с другими людьми.

Сюда входит прежде всего *аналитическая психология* Карла Юнга. Юнг считал, что психическая энергия, названная Фрейдом либидо, не основывается только на сексуальных и агрессивных инстинктах. Он рассматривал ее как более общую жизненную силу, включающую в себя врожденное побуждение не только к инстинктивному удовлетворению, но также к продуктивному слиянию базальных влечений с требованиями реального мира. Юнг называл эту тенденцию *трансцендентной функцией*.

Юнг полагал, что каждый человек имеет не только личное бессознательное, но также и *коллективное бессознательное*, нечто вроде банка памяти, в котором хранятся все образы и идеи, которые человеческая раса накопила со времени ее эволюции от низших форм жизни. Некоторые из этих образцов называются *архетипами*, потому что они состоят из классических образов или концепций. Идея *матери*, например, стала архетипом; каждый рождается с предрасположением к восприятию и реагированию на определенных людей как на фигуру матери. Более зловещий архетип — *тень* (подобный фрейдовскому представлению об Ид); он включает самые древние инстинкты, идущие от предчеловеческих веков. Юнг считал, что тень ответственна за такие понятия, как «грех» и «дьявол».

Вместо идентификации специфических стадий в развитии личности Юнг предполагал, что люди обнаруживают различную степень интроверсии (тенденцию к фокусированию на внутреннем мире) или экстраверсии (тенденцию к фокусированию на социальном мире). Кроме того, люди различаются по степени акцентирования специфических психологических функций, таких как мышление и чувства. Комбинация этих тенденций создает личности, которые обнаруживают индивидуальные и предсказуемые паттерны поведения.

Далее, к разновидностям психоанализа относится *индивидуальная психология* Альфреда Адлера, который подчеркивал роль врожденных социальных побуждений в формировании личности. Адлер отталкивался от предположения, что каждый человек рождается в беспомощном, всецело зависимом состоянии, которое создает чувства неполноценности. Эти негативные чувства, соединенные с природным желанием стать полноправным членом общества, являются стимулом для развития личности. Он называл этот процесс *стремлением к превосходству*, под которым понимал стремление к самоосуществлению, а не только желание быть лучше других. Если чувства неполноценности очень сильны, то они могут мотивировать человека к компенсации, даже к сверхкомпенсации своей неполноценности. Это он назвал *комплексом неполноценности*.

Согласно Адлеру, способы, с помощью которых человек пытается достичь личного и социального осуществления, определяют *стиль жизни*. Адлер утверждал, что этот стиль жизни направляется сознательными идеями, целями и убеждениями (а не бессознательными, как говорил Фрейд) и что эти идеи приходят через опыт. Например, у избалованного ребенка может возникнуть убеждение в том, что он «особый» и свободен

от правил общества. Эта ведущая фикция «я особый», скорее всего, приведет к эгоистическому стилю жизни, при котором личностное осуществление происходит за счет других. Напротив, такие ведущие фикции, как «в каждом есть что-то хорошее» или «завтра будет лучше, чем сегодня», создают позитивные стили жизни.

Другой разновидностью психоанализа является эгопсихология (Анна Фрейд, Гартман, Кляйн). Эгопсихологи рассматривали Эго не просто как посредника в конфликтах между Ид, Суперэго и средой, но как творческую, адаптивную силу. Эго ответственно за развитие языка, восприятие, внимание, планирование, обучение и другие психологические функции.

Теоретики неофрейдизма, такие как Эрих Фромм, Карен Хорни, Гарри Салливен, следовали путем Адлера, сосредоточившись на том, как другие люди участвуют в формировании индивидуальной личности. Они считали, что, как только биологические потребности удовлетворяются, наиболее влиятельными для формирования личности становятся попытки в удовлетворении социальных потребностей — защите, безопасности, принятии. Когда эти потребности не удовлетворяются, люди чувствуют сильный дискомфорт и стремятся решить проблему, используя других людей, которые могут им дать то, в чем они нуждаются в социальном аспекте. Стратегии, используемые людьми для этого, такие как стремление к преобладанию над другими или чрезмерная зависимость от других, формируют личность. (Заметьте сходство с концепцией стиля жизни Адлера.) Салливен пошел еще дальше, заявив, что концепция личности — это просто иллюзия, название для *паттерна интерперсонального поведения* каждого отдельного человека.

Другим примером расширения роли социальных потребностей и отношений в современном психодинамическом подходе являются работы теоретиков *объектных отношений*, таких как Мелани Кляйн, Отто Кернберг, Хайнц Кохут. Теории объектных отношений подчеркивают важность для личностного развития очень ранних отношений между детьми и их объектами любви, обычно матерью и первичными фигурами, обеспечивающими ребенку уход. Особенно критическим в жизни человека является то, *как* первичные фигуры обеспечивают поддержку, защиту, принятие и одобрение и, другими словами, удовлетворяют физические и психологические потребности ребенка. Природа этих объектных отношений имеет важный импульс для развития личности, включая надежную раннюю привязанность к матери или ее заменителям, постепенное отделение от объекта привязанности и, наконец, способность относить-

ся к другим как независимый индивид. Нарушенные объектные отношения создают проблемы, связанные с процессом личностного развития и приводят к формированию неадекватной самооценки, трудностям в общении с другими людьми и более серьезным психическим расстройствам.

Другие разновидности психоанализа сохранили большинство идей Фрейда. Ф. Александер (F. Alexander), С. Ференци (S. Ferenczi), О. Ранк (O. Rank) на первый план выдвигали эмоциональный компонент взаимодействия врача и пациента. С 1930-х гг. среди ведущих психоаналитиков стало распространяться мнение, что восстановление в памяти прошлых событий является не единственным фактором лечения. Еще Фрейд отмечал, что само по себе истолкование в психоанализе неэффективно. Понимания смысла симптомов и их связи с прошлыми событиями недостаточно для излечения. Более того, возвращение в сознание вытесненного материала стало толковаться не столько как причина, сколько как результат определенного типа терапевтического взаимодействия врача и пациента. Наиболее важным видом этого взаимодействия является трансфер. Главный момент в лечении — не воспоминание, а возможность принять его, работать с ним. Так, если в детстве авторитарный отец блокировал проявление агрессивности, эмоциональной экспансивности, то в дальнейшем взрослый будет испытывать трудности при взаимодействии с людьми с высоким статусом. Важно не только понять истоки подобных реакций, но и почувствовать достаточную силу и уверенность в себе, чтобы противостоять попыткам подавления в настоящем. Способность принять реконструированный бессознательный опыт зависит от силы Эго, которая укрепляется в терапевтическом взаимодействии. Пациенту важно пережить новый эмоциональный опыт в работе с врачом. Психотерапевт обеспечивает благотворность этого опыта и эффективность лечения, управляя трансферными отношениями. В то же время для возникновения трансфера важно вызвать, восстановить в памяти прошлые события. Таким образом, для лечения необходимо оптимальное сочетание интеллектуального и эмоционального компонентов.

Другие разновидности психоанализа изменили лечение, сделав его менее интенсивным, менее дорогим и применимым к более широкому кругу пациентов. Например, в психоаналитически ориентированной психотерапии (Александер) или краткосрочной динамической психотерапии используются основные психоаналитические методы, но более гибко. Цель может ранжироваться от психологической поддержки

до базальных изменений личности, а терапия может состоять из 30 сеансов или меньше. Вместо лежания на кушетке пациент может сидеть в кресле лицом к терапевту и тратить больше времени в разговоре с ним, чем свободно ассоциируя. Терапевт более активен в привлечении внимания пациента к актуальным конфликтам.

Критика психоанализа

Критики психоанализа указывали, что Фрейд основывал свою теорию на наблюдениях за очень непрезентативной группой людей — это были преимущественно женщины из высшего класса Вены. Они были воспитаны в обществе, в котором обсуждение сексуальных проблем считалось неприличным. Более того, сосредоточенность Фрейда на мужском психосексуальном развитии и его убеждение в том, что женщины завидуют мужской анатомии, закрепило за ним ярлык сексиста и привело к отрицанию его идей феминистами.

Некоторые исследователи показали, что конфликты, основанные, с точки зрения Фрейда, на сексуальном влечении к родителям, могут быть связаны с воспоминанием о сексуальном совращении. Действительно, когда выяснилось, что сексуальное совращение ребенка — явление не столь уж редкое, Фрейда обвинили в отказе поверить рассказам его пациентов о совращении родителями или другими взрослыми. Фрейд приписывал эти рассказы пациентов их сексуальным фантазиям и желаниям.

Также были поставлены под сомнение такие основные психоаналитические концепции, как Ид, Эго, бессознательные конфликты, механизмы защиты. Эти конструкции слишком неопределенны для научного диагностирования. Например, психолог предполагает наличие сильных бессознательных агрессивных импульсов. Подозрение будет подтверждено, если человек часто бывает злым и враждебным. Но, если он обычно уравновешен, его спокойствие может быть расценено как защита против агрессивных импульсов. Случающиеся время от времени вспышки гнева могут быть расценены как временная потеря эгоконтроля. Короче, почти все, что делает человек, может быть интерпретировано как отражение бессознательной агрессии. Предполагается, что проективные тесты выявляют подавленный гнев. Но ценность таких тестов для точного прогнозирования поведения не была подтверждена психологическими исследованиями. В шутку говорят, что позиция психоана-

литика беспроигрышна, потому что если пациент приходит на сеанс раньше времени, то он расценивается как зависимый; если опаздывает — то это показатель наличия у него сопротивления; и наконец, если он приходит вовремя, то это значит, что он страдает навязчивыми действиями.

Получил критику взгляд Фрейда на человека как существо, движимое главным образом инстинктами и бессознательным. Многое в поведении человека выходит за рамки инстинктивного удовлетворения. Сознательное побуждение достичь высоких личных, социальных и духовных целей также является важной детерминантой поведения. Эго-психологами были модифицированы некоторые концепции Фрейда, что помогло отклонить часть критических возражений. Действительно, психоанализ, хотя он теперь и менее популярен, чем прежде, еще достаточно привлекателен. Все же убеждение в том, что психодинамическая теория недооценивает важность принципов научения или сознательного намерения, усилило популярность альтернативных подходов.

Глава 3

От ортодоксального психоанализа к патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева

Фрейд неоднократно признавался в том, что мог свободно постулировать любую концепцию, пока наука не опровергла ее или не признала негодной. С течением времени, однако, чисто умозрительное решение Фрейдом проблемы человеческой психики приходило в вопиющее противоречие с накапливающимися научными фактами, что привело в результате к ревизии психоанализа. Процесс этот продолжается и по сей день. Но, несмотря на глубокий кризис, в котором психоанализ пребывает несколько десятков лет, благодаря отчаянным попыткам его адептов преодолеть этот кризис вполне применим лозунг: «Психоанализ умер, да здравствует психоанализ!» Живучесть психоанализа, вероятно, связана с позицией «верую, ибо абсурдно». Для тех же, кому «истина дороже», мы предлагаем проследить эволюцию идей Фрейда, с тем чтобы отделить «зерна от плевел» и взять от психоанализа все, что не противоречит здравому смыслу и современным научным знаниям. Впрочем, работа по преодолению фрейдизма и различных его модификаций уже проделана и результатом ее является разработанная еще в 1930-е г. патогенетическая психотерапия В. Н. Мясищева и созданная на ее основе в 1970-е гг. личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Б. Д. Карвасарский, Г. Л. Исурина, В. А. Ташлыков). Тем не менее многие молодые врачи и психологи, даже не удосужившись ознакомиться с этим направлением отечественной психотерапии, решили пополнить ряды психоаналитиков, чему в немалой степени способствовала, между прочим, реализация Указа Президента 1996 г. «О возрождении и развитии психоанализа» в России. А между тем известный польский психотерапевт профессор С. Ледер — большой друг и в прошлом частый гость Института им В. М. Бехтерева —

называл патогенетическую психотерапию не иначе, как «советский психоанализ»! В какой степени это заявление соответствует истине, к какому направлению мировой психотерапии следует отнести патогенетическую психотерапию и каковы перспективы дальнейшего ее развития — вот те вопросы, на которые мы попытаемся ответить в этой главе. Критически осмыслить психоанализ — ортодоксальный и реформированный — нам поможет прежде всего обращение к таким замечательным книгам, как «Крах психоанализа» Г. Уэллса и «Теории личности в зарубежной психологии» Б. В. Зейгарник.

Ортодоксальный психоанализ

С самого начала фрейдизм был тесно связан с антропологией. Фрейд искал биологическую основу своей системы в искусственных антропологических теориях британской так называемой эволюционной антропологии, особенно в теориях Роберта Смита. В ортодоксальной фрейдовской системе существовало два ряда теорий: один из них касался элементов индивидуального бессознательного, другой — компонентов родового бессознательного. Они сочетались между собой таким образом, что каждый элемент индивидуального бессознательного покоился, как на фундаменте, на соответствующем компоненте родового бессознательного. Считалось, что врожденные влечения и табу, рассматриваемые как характерные проявления индивидуального бессознательного современного человека, биологически унаследованы от первобытной орды смутно различимого прошлого человеческой эволюции. Например, стремление к кровосмешению и табу, запрещающее кровосмешение, имеют якобы своим источником восстание сыновей против тирана-отца, во время которого отец был умерщвлен, а сыновья сделали матерей и сестер своим сексуальным объектом. Возникший хаос привел к тому, что братья заключили между собой договор, объявляющий кровосмешение противозаконным. Таким образом, оба исходных элемента эдипова комплекса теоретически связывались Фрейдом с мифом о первобытной орде, а их неукротимая психическая сила выводилась им из этого далекого источника.

Так же обстояло дело в отношении любого врожденного элемента индивидуального бессознательного. Утверждалось, что все это — индивидуальное воплощение черт родового бессознательного. Родовое бессознательное является якобы хранилищем раннего опыта челове-

ка, выходящего из животного состояния. Судьба отдельного человека должна повторять историю этой эволюции. Родовое бессознательное, имманентно присущее каждому индивиду, включает предопределенные фазы и проявления в виде врожденных воспоминаний, обусловливающих путь развития, который должен пройти каждый ребенок, прежде чем стать взрослым.

Эволюционный, филогенетический процесс был процессом подавления влечений первобытной орды. Утверждалось, что цивилизация — это продукт такого сексуального подавления и сублимации либидинозной энергии в производительные и творческие каналы. Онтогенетический процесс развития происходит таким же образом. Младенцы и дети по данной теории — это маленькие, обладающие неподавленными инстинктами существа первобытной орды с доисторическими стремлениями к кровосмешению и преобладающими оральными и анальными сексуальными фазами. Считалось, что эмоции и поведение их имманентно подвластны первобытному человеку, неизменно живущему в каждом ребенке. Взросление достигается только за счет подавления того, что фактически слишком сильно, чтобы быть подавленным. Детские сексуальные стремления к кровосмешению и гомосексуализму должны подавляться ребенком в возрасте от одного до трех лет. Ребенок также должен подавить предопределенный первобытной фазой человеческой эволюции страх перед кастрацией от руки своего отца, а также ревность к отцу и желание ему смерти. Это труднопреодолимая, если не безнадежная задача для маленького одно-двух-трехлетнего ребенка, ибо ему нужно подавить не что иное, как родовую историю человечества, существующую ныне как его собственное маленькое бессознательное «оно».

То, как ребенок совершает такой подвиг, предопределяет, согласно данной теории, течение его взрослой жизни. Задача эта настолько нереальна, что неизбежным следствием ее является всеобщий невроз. Человек первобытной орды с подавленными влечениями постоянно стучится в ворота сознания и, пользуясь окольными и замаскированными путями, находит свое выражение в тревожных сновидениях и невротических симптомах.

Главная особенность ортодоксальной фрейдовской системы заключалась в однозначном соответствии между элементами индивидуального бессознательного и компонентами родового бессознательного. Ярким выражением этой особенности являлась теория, согласно которой каждый человек в своем развитии повторяет историю рода.

Ортодоксальная фрейдовская система мысли была совершенно лишена внутренних противоречий. Это свидетельство творческой последовательности ее автора. Однако внутренняя логика, сила и симметричность теории достигались ценой игнорирования многих уже приобретенных человеком знаний. Они были куплены ценой противоречия с такими науками, как биология, физиология, медицина, антропология, социология, история и экспериментальная психология. Наиболее очевидным и ярким проявлением нарушения законов науки была доктрина родового бессознательного с ее мифом о первобытной орде. Под ударами единодушных нападок ученых, особенно антропологов, теоретики психоанализа были вынуждены поспешно отступить. Они отбросили ту часть фрейдовского учения, которая касалась источников индивидуальных бессознательных влечений, воспоминаний, фаз и табу. Чтобы преодолеть противоречие с наукой, в жертву было принесено родовое бессознательное, то есть сдана первая линия обороны. Но, отступая, теоретики-аналитики на ходу перегруппировали свои силы позади второй линии обороны. Необходимо было любой ценой защитить врожденные, бессознательные психические структуры, ибо без них не было бы фрейдизма.

Эгопсихология. Классический психоанализ

К числу ведущих теоретиков ревизованного психоанализа относятся: в Америке — Франц Александер, Карл Меннингер, Абрам Кардинер, а в Европе — дочь Фрейда Анна Фрейд (Англия) и Хайнц Гартман (Германия). Ограничимся обзором концепций двух последних авторов. Обе ревизии касаются так называемых вторичных функций Эго. Обе приведут позднее к реформации психоанализа.

Сам Фрейд делал основное ударение на Оно (Ид) и игнорировал Эго. Однако с 1936 г. в психоаналитической литературе начали уделять большее внимание Эго и последнее стало предметом всестороннего и глубокого изучения. Следствием этого стала ревизия ортодоксального фрейдизма, в результате которой значительно большая роль стала отводиться Эго, но при этом по-прежнему сохраняла силу основанная на инстинкте теория секса и агрессивности. Работа над теорией Эго шла в двух направлениях: одно разрабатывало фрейдовскую идею о защит-

ных механизмах как функции Эго (его возглавила Анна Фрейд); другое занималось вторичными функциями Эго — рациональным мышлением и действиями, восприятием, вниманием, познанием, памятью и т. п. (Х. Гартман, а также Э. Криз, Р. Левенштейн и Д. Рапапорт).

Фрейд утверждал, что единственной защитой против неприемлемых сексуальных и агрессивных влечений является их вытеснение из сознания. Однако в последние годы он пришел к выводу, что Эго располагает многими механизмами самозащиты от угрозы со стороны Ид и что вытеснение выступает лишь как один из них. Фрейд не развил эту концепцию и не определил различные механизмы. Таким образом, с точки зрения ортодоксального психоанализа терапия оставалась средством обнаружения и освобождения вытесненных инстинктивных влечений. Однако в 1937 г. Анна Фрейд опубликовала маленькую книжку под названием «Эго и механизмы защиты». В этой книге она рассматривает Эго скорее как структуру, развивающуюся в ходе жизни, чем как результат биологической наследственности. Таким образом, Эго ребенка формируется в ранние годы, и в течение этого периода Эго сталкивается с опасностями, идущими изнутри и извне, от инстинктивных влечений и из внешнего мира, и вырабатывает свои собственные особые механизмы защиты от них. Среди этих механизмов наряду с классическим механизмом вытеснения существуют: *формирование реакции, изоляция, уничтожение, отрицание реальности, компромисс и смещение.*

Учение о защитных механизмах повлекло за собой возникновение дополнения к фрейдовской терапии обнаружения и освобождения вытесненных влечений. Собственные защитные механизмы отдельного пациента также должны опознаваться и анализироваться. Так, в дополнение к импульсам Ид Анна Фрейд включила в психоаналитическую схему защитные механизмы Я. Таким образом, всякое данное поведение может быть частью механизма Я или проявлением инстинктивного Ид. Далее, если классическое вытеснение рассматривалось как защита исключительно от болезненных инстинктивных проявлений секса и агрессии, то механизмы Эго рассматриваются двояко: направленные как вовнутрь, против инстинктов, так и вовне, против окружающего мира. Причем угрозу со стороны инстинкта Анна Фрейд считала главной.

Это был лишь следующий шаг, хотя и большой, в направлении отказа от теории инстинктивных сексуально-агрессивных влечений, однако *теоретической основой ревизионистов любой школы по-прежнему остается скорее инстинкт, чем окружающая среда или культурные факторы.*

Другим шагом в преодолении теоретических трудностей было усиление акцента на вторичных процессах Я. Фрейд с пренебрежением относился к тому, что составляет классический предмет психологии: к мышлению, памяти, восприятию, сенсомоторной деятельности и поведению в целом. В силу необходимости некоторые результаты академической экспериментальной психологии рано или поздно должны были войти во фрейдовскую систему, и в свое время вторичные процессы Я действительно оказались основным объектом исследования. Хайнц Гартман провел первые исследования в этой области и опубликовал их в 1939 г. в статье «Эгопсихология и проблема адаптации».

Гартман стремился восполнить относительное игнорирование Фрейдом вторичных процессов Я. Фрейд рассматривал такие функции, как чувственное восприятие, моторную деятельность и мысль, как в основном подчиненные инстинктивным сексуальным и агрессивным влечениям. Таким образом, Фрейд отводил психологическим функциям роль, подчиненную принципу удовольствия Ид. Он говорил о принципе реальности Эго, отражении внешнего мира в сознании через посредство ощущений и мысли, но рассматривал его только в связи с сексуальными и агрессивными действиями и влечениями.

С другой стороны, Гартман настаивал на первостепенной важности *адаптивной* функции чувственного опыта, мышления и поведения. Он говорит, что маленький ребенок получает большое удовольствие от того, что двигает ручками и ножками, наблюдает предметы, делает открытия в непосредственно окружающем его объективном мире, ползает и ходит, заучивает слова и язык вообще, запоминает, подражает и т. д., а также манипулирует своими гениталиями или утаивает позывы кишечника от заботливой матери. Такие «удовольствия» не являются «обусловленными инстинктами», а скорее непосредственно связаны с адаптацией к окружающей среде, которую Гартман считает основной функцией организма. Тем не менее Гартман считает, что если у маленького ребенка психические адаптивные функции чувственного опыта и мышления, по существу, не зависят от инстинктивных сексуальных и агрессивных влечений, то, когда ребенок достигает зрелости, они становятся связанными с инстинктом, если не подчиняются ему. Таким образом, он не отрицает фрейдовского либидо и инстинкта смерти. Он скорее дополняет классическую систему психоанализа вторичными функциями Я.

Ревизованный психоанализ — это психоанализ без родового бессознательного. Это половина оригинальной фрейдовской теории — врож-

денные психические влечения и воспоминания, оторванные от их источника в первобытном человеке. В Соединенных Штатах ревизованный психоанализ — это классический психоанализ.

Индивидуальная психология

Следующим закономерным этапом эволюции психоанализа явился отказ от *врожденных* бессознательных психических структур со смещением акцента на роль социальных и культурных факторов в их развитии.

Основоположник *индивидуальной психологии* Альфред Адлер пришел к заключению, что не ущемление инфантильного сексуального комплекса лежит в основе невроза, а конфликт между стремлением к власти и чувством собственной неполноценности, который решается невротиком путем «бегства в болезнь». Он утверждал, что всякий невроз есть не что иное, как попытка освободиться от чувства неполноценности и обрести чувство превосходства. Чувство неполноценности является универсальным, это идет из детских переживаний собственной слабости, уязвимости и зависимости. Адлер исходил из известной биологической закономерности, заключающейся в компенсации неполноценности органа путем его избыточного функционирования или усиленного функционирования парного органа, например гипертрофия сердечной мышцы при пороке сердца, избыточное функционирование почки при нарушении функции другой почки. Чувство неполно-ценности — полностью социально мотивированное чувство, это «стимул к здоровому, нормальному стремлению и развитию». В более поздних работах Адлер различает чувство неполноценности и *комплекс неполноценности*. Последний он рассматривает как патологический результат развития чувства неполноценности, своеобразную болезнь личности, где неполноценность приобретает хронический гипертрофированный характер. Чувство неполноценности возникает из-за врожденных дефектов в развитии телесных органов, а также из-за неправильного воспитания в детстве: избалованности, отвержения, сурового отношения и т. п. Комплекс неполноценности лежит в основе невроза. Тесно связан с патологическим комплексом неполноценности комплекс превосходства. Вследствие выраженного чувства неполноценности возникают поведенческие, аффективные и связанные с мышлением проявления превосходства. Сюда относятся презрение, тщеславие, тирания, унижение других, гнев, высокомерие, снобизм,

невнимание к окружающим. Все это входит в симптомокомплекс неврозов. Адлер смотрит на невроз не как на болезнь, а как на своеобразный характер. Уже в детстве у ребенка, нелюбимого, униженного, не получающего необходимой ему заботы и ласки, возникает чувство неполноценности, которое проявляется в определенном, по Адлеру, «жизненном стиле», составляющем основу «невротического характера». Эта *невротическая диспозиция*, которая лежит в основе не только невротического характера, но и всех психических расстройств, выражается в следующем. Индивид с ложными представлениями о себе и окружающем мире, то есть ошибочными целями и ошибочным жизненным стилем, при столкновении с трудными ситуациями будет склонен к различным формам аномального поведения, нацеленного на поддержание своего мнения о себе. Ошибочным является центрирование на себе без учета взаимодействия людей. Индивид не осознает этих процессов. Невротические симптомы, часть невротической диспозиции, выполняют охранительную функцию — поддерживают самооценку, а также служат оправданием неудач (например, «Я не могу этого сделать из-за сильной тревоги»). Чтобы излечить невротика, надо вскрыть источник его невроза и разоблачить основу и сущность его «жизненного стиля», его ложные, «фиктивные» жизненные цели. Чтобы понять сущность синдрома и поведения невротика, терапевт должен выяснить, какой фиктивной цели больного служат синдром, манера поведения, характерная ситуация в сновидениях.

Таким образом, невроз, по Адлеру, развивается тогда, когда субъект, не способный добиться превосходства, безотчетно создает свой клинический синдром либо с целью избежать ситуации, при которой обнаруживается его неполноценность, либо с целью подчинить себе окружающих, как бы шантажируя их, и таким образом добиться признания своего Я, добиться самоутверждения. В то время как нормальный человек ставит себе более или менее реальные, достижимые цели, невротик ставит перед собой «фиктивные» цели, основанные на заведомо нереальных требованиях, осуществлению которых мешает якобы его болезнь.

Все описанные Фрейдом сексуальные «комплексы» Адлер трактует как неполноценности. Вот как, например, он критикует эдипов комплекс Фрейда. Тема ненависти, ревности к отцу и инцестуозного влечения к матери, несомненно, может присутствовать в сознании и бессознательном некоторых индивидов как результат деформации семейных отношений, невротизма и агрессивности кого-либо из родителей, но очень трудно доказать, что эдипова «конфигурация» вле-

чений универсальна. Скорее можно утверждать, что в своих стремлениях к идентификации с отцом и матерью дети обоих полов стремятся как-то согласовать, примирить образы своих родителей и выдвигаемые ими требования. Они бывают травмированы, когда им предлагают идентифицировать себя с одним из родителей и отречься от другого. Если какая-нибудь болезненная, неуверенная в себе девушка хочет находиться рядом с отцом, это просто стремление находить поддержку там, где она находила ее раньше, — у отца, который всегда будет ее любить и защищать. Эта девушка может уклоняться от рискованных любовных отношений с молодыми людьми и предпочитает общество отца. Но в этом совсем необязательно усматривать стремление к инцесту.

Теория Адлера страдает, как и теория Фрейда, неоправданной претензией на всеобщее значение. Признавая «объяснительную силу» адлеровского принципа неполноценности, следует видеть и его ограниченность. Фрейд, возражая Адлеру, отмечал, что многие дети не только не чувствуют своей неполноценности, но, напротив, развивают нарциссизм, видят себя в «центре мира», в фокусе внимания окружающих. Многие уродливые, больные, лишенные зрения, с ампутированными ногами или руками люди, как это ни странно, не чувствуют себя ущербными. Вообще, легче встретить человека излишне самоуверенного, чем страдающего комплексом неполноценности.

Неустанный пропагандист и популяризатор своей «индивидуальной психологии», Адлер, хотя и не добился такого широкого и устойчивого признания, как Фрейд, оказал все же большое влияние на психологическую и педагогическую мысль. Печать влияния Адлера лежит на концепциях неофрейдизма в США. Врачей и педагогов привлекала близость к жизни и практическая установка адлеровских идей, отрицание им фрейдовского пансексуализма и того чрезмерного значения, какое Фрейд придавал бессознательному началу. Прочно укоренилась в теории и практике психотерапии адлеровская идея о сверхкомпенсации чувства неполноценности как черты, характерной для многих случаев невроза.

Неофрейдизм

Американские реформаторы психоанализа Карен Хорни, Эрих Фромм и Гарри Салливен продолжили путь Адлера. Они отказались от врожденных воспоминаний, структур и предопределений и пред-

приняли попытку переформулировать фрейдовскую теорию в терминах социологии. Предметом интереса Хорни и Фромма являлись связи между личностью, индивидуальным развитием и социальной структурой. Салливен занимался изучением роли интерперсональных отношений в формировании поведения и личности.

В целях настоящего обзора наибольший интерес представляет анализ системы Карен Хорни. Хорни родилась в Германии и сначала была строгой последовательницей Фрейда; после переезда в 1930-х гг. в США она обратила внимание на то, что неврозы и сам склад людей в этой стране во многом отличаются от того, что она наблюдала в европейских странах. Это различие она объяснила различиями цивилизаций. Кроме того, у нее возникли сомнения по поводу постулатов Фрейда в отношении женской психологии, что заставило ее задуматься над ролью культурных факторов. В результате она пришла к заключению, что неврозы вызываются культурными факторами.

С этой «культурной» позиции Хорни критикует Фрейда по двум связанным между собой вопросам. Во-первых, она критикует его за «чрезмерное подчеркивание биологического происхождения психических явлений» и, во-вторых, за «игнорирование культурных факторов». Хорни призывает аналитиков «отбросить некоторые исторически обусловленные теоретические предпосылки и отказаться от теорий, возникших на этой основе». К предпосылкам, которые следует отбросить, она относит предпосылки, сделавшие психоанализ *инстинктивной* и *генетической* психологией. Кроме того, считает она, следует отказаться от структурного деления психики на Ид, Эго и Суперэго. Отказ от этих основных предпосылок влечет за собой отказ от всех тех теорий, которые были сформулированы на их основе. К ним относятся: теория либидо со всеми вытекающими из нее теориями сексуальных инстинктов; теории инстинктов смерти и агрессии; теория предопределяющей роли детства с его инфантильно-сексуальными фазами (оральной, анальной и генитальной), а также с фиксациями, регрессиями и навязчивым повторением; концепция нарциссизма; эдипов комплекс и его многочисленные ответвления; вся область разработанной Фрейдом женской психологии и сексуальная этиология неврозов. Хорни не считает нужным упоминать о таких архаических теориях, как миф о первобытной орде, теории о врожденном изначальном языке, филогенетических воспоминаниях и родовом бессознательном, поскольку ревизионисты психоанализа уже давно отказались от этих теорий. Относительно теорий, опирающихся на три отвергнутые пред-

посылки, она говорит, что все эти теории требуют критики и должны рассматриваться скорее как историческое бремя, которое несет психоанализ, чем как его сущность. В книге «Новые пути в психоанализе» (1939) Хорни посвящает каждой отвергнутой теории по главе, критикуя и указывая причины отказа от этих теорий.

Как Хорни реформировала психоанализ? Она сохраняет такие основополагающие фрейдовские понятия, как бессознательная мотивация, вытеснение и сопротивление, а также методы, становящиеся более эффективными, когда они освобождаются от биологических рамок, в какие они были первоначально заключены, а именно: толкование сновидений, свободные ассоциации и анализ феномена перенесения, наблюдаемого в отношениях между врачом и пациентом.

Понимание природы побуждений у Хорни отличается от фрейдовского. Вместо фрейдовского либидо и агрессивных инстинктивных стремлений она выдвигает два побуждения, которые считает отчасти врожденными, а отчасти приобретенными, то есть сочетанием биологического и социологического, или культурного, факторов. Она называет эти два побуждения «стремлением к безопасности и удовлетворению».

Стремление к безопасности возникает из врожденного чувства беспокойства — основной (базальной) тревоги. Младенец рождается с этим чувством. Выходя из чрева матери, он начинает чувствовать себя неуютно. Это чувство переживается с самых первых минут жизни на органическом уровне; оно окрашивает всю его дальнейшую жизнь, фиксируется и становится внутренним свойством психической деятельности. С первых минут существования ребенок переживает чувство враждебности мира. Беспокойство порождает желание избавиться от него. Все, что человек делает, — это трансформация чувства беспокойства. Оно является основой мотивации его поступков.

Бессознательные эмоциональные стремления — к безопасности и удовлетворению — несовместимы друг с другом. Нельзя добиться полного удовлетворения желаний, потребностей и страстей, не столкнувшись с юридическими, социальными, этическими запретами и нормами и сопутствующими им наказанием, осуждением и остракизмом. Конфликт между этими стремлениями и основанными на них импульсами, потребностями, страхом, желаниями и страстями приводит к необходимости *подавления*. Если Фрейд в качестве подавляющей силы постулировал Суперэго, или совесть, то Хорни не видит ни практической, ни теоретической необходимости в таком механизме. Хорни реконструи-

рует теорию подавления без обращения к фрейдовскому Ид с его инстинктивными влечениями к сексуальным извращениям. На их место она ставит борющиеся между собой стремления к безопасности и удовлетворению, конфликт между которыми вызывает подавление. В свою систему Хорни переносит также такие тесно связанные с конфликтом и подавлением понятия, как *защитные механизмы Я* и *сопротивление*.

Таким образом, Хорни реформировала и переработала основные фрейдовские концепции, без которых немыслим психоанализ, не прибегая к архаическим инстинктивным и механистично-генетическим теориям. Она сделала это, обратившись главным образом к культурным и социологическим факторам и постулировала: 1) бессознательную аффективную мотивацию; 2) необходимость подавления и механизм подавления с помощью несовместимых стремлений и противоречивых импульсов, потребностей, чувств, страха и желаний; 3) защитные механизмы и окольные пути для проникновения подавленного материала в сознание; 4) концепцию ожесточенного сопротивления проникновению подавленных импульсов в сознание.

Главную задачу психоанализа Хорни видит в *изменении личности индивида*. А основное средство для достижения этой цели — доведение бессознательных процессов до сознания. Это в основном те средства и процедуры, которые разработал Фрейд и которые Хорни называет «основными методологическими средствами терапии». Это: анализ сновидений; свободные ассоциации и их толкование; анализ переноса; изучение сопротивления пациента доведению бессознательных процессов до сознания, наконец, «наблюдение за содержанием и последовательностью выражений пациента наряду с наблюдениями за его поведением — жестами, тоном и тому подобным», что позволяет делать выводы относительно процессов, лежащих в их основе.

Заметим также, что Хорни признает символический язык, но отвергает его архаическую наследственность. Для нее символы имеют культурно-детерминированное значение, то есть бессознательный символ имеет тенденцию быть универсальным для всех людей, живущих в условиях данной культуры.

Является ли система Хорни психоанализом? Сама Хорни говорит: «Ответ зависит от того, что считать главным в психоанализе. Если считать, что психоанализ складывается из всех теорий, выдвинутых Фрейдом, тогда то, что представлено мной, не психоанализ. Если же считать, что основы психоанализа составляет определенная система взглядов, касающихся роли бессознательных процессов и путей их

выражения, а также формы терапевтического лечения, которые помогают довести эти процессы до сознания, тогда то, что предлагаю я, — психоанализ».

В критическом аспекте Б. В. Зейгарник по-иному отвечает на этот вопрос, что является очень важным для понимания эволюции идей психоанализа. Хотя Хорни резко критиковала биологизаторскую сущность учения Фрейда, но в главном своем положении базальной тревоги она по существу недалеко уходит от Фрейда. Хорни говорит о противоречиях между обществом и человеческими потребностями, но она рассматривает их не как явление, свойственное несовершенному обществу, а как врожденное свойство людей. Иными словами, ее попытка социологизировать Фрейда — мнимая, ибо она представляет собой тенденцию к психологизации общественных явлений. В теории Хорни остаются основные положения фрейдизма: антагонизм природного и социального (принцип стремления к безопасности несовместим с удовлетворением человеческих желаний), фатальность врожденного механизма базальной тревоги. У Хорни звучит то положение, которое было особенно развито у Фромма, а именно: базальная тревога ведет к отчуждению человека от общества.

Патогенетическая психотерапия

В 30-е гг. прошлого века советский врач и психолог Владимир Николаевич Мясищев, приняв известный тезис Маркса и Энгельса о том, что сущность человека представляет собой совокупность общественных отношений, разработал *психологию отношений* и на ее основе развил концепцию психогений и патогенетической, или психогенетической, психотерапии. При этом В. Н. Мясищев воспринял ряд идей психоанализа. Его ближайшим помощником была Е. К. Яковлева, симпатии которой поначалу были на стороне психоанализа, и она занималась им в своей практической работе. Концепции невроза и психотерапии развивались В. Н. Мясищевым путем *преодоления фрейдизма*. Он был искренен, когда писал о том, что «много давшей, но в целом неприемлемой для нас системой психотерапии явился психоанализ», и ставил задачу «критически преодолеть психоанализ и сформулировать положения теории и практики психотерапии в духе советской психологии и психопатологии». Однако на совместной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР в 1950 г. советская медицина и психиатрия

подверглись жесткой критике за недостаточно активное применение учения И. П. Павлова. В связи с этим В. Н. Мясищев приступил к усиленному переводу психогенетической концепции на рельсы нейродинамической концепции неврозов И. П. Павлова. Ситуация изменилась в начале 1960-х гг. На Всесоюзном совещании по философским вопросам физиологии высшей нервной деятельности и психологии в Москве (1963), как об этом рассказывает в своей книге «Неврозы и их лечение» А. М. Свядощ, отметили положительную сторону трудов Фрейда, которые привлекли внимание науки к вопросу о влиянии влечений на психические процессы, а также к проблеме бессознательного; привели некоторые конкретные случаи проявления «бессознательного», например его влияние на описки, оговорки, отдельные невротические симптомы; указали на роль конфликтов между «долгом и желанием» в возникновении неврозов; отметили явления сублимации сексуальной энергии, вытеснения переживаний (лежащие, например, в основе истерических амнезий), выдвинули принцип аналитической терапии, то есть лечения путем выявления неосознаваемых больным переживаний. А. М. Свядощ пишет, что отрицая инфантильно-сексуальную теорию неврозов, мы тем самым отвергаем и созданный Фрейдом метод лечения — психоанализ, основанный на выявлении мифических подсознательных сексуальных комплексов.

За что критиковал Фрейда сам В. Н. Мясищев, что он принимал, а с чем был принципиально не согласен? Прежде всего В. Н. Мясищев не признавал биологизм и пансексуализм фрейдовской теории (как, впрочем, и большинство его современников-ученых), а также примат *бессознательного* в детерминации поведения человека, ибо эти теории приходили в противоречие с научно обоснованной марксистской концепцией личности как совокупности общественных отношений. Что же касается *конкретных механизмов* возникновения и развития психогений, то В. Н. Мясищев не отрицал многих открытых Фрейдом феноменов, таких как бессознательная мотивация, вытеснение и сопротивление и др. С некоторыми оговорками признавал он также и *метод* психоанализа с его интерпретацией свободных ассоциаций, сновидений, ошибочных действий, анализом сопротивления и переноса, но упрекал Фрейда за мистификацию этих явлений, их переоценку и генерализацию.

Обратимся к неопубликованной статье В. Н. Мясищева «Психогения и психотерапия», датируемой 1947 г., в которой он подвергает критике ряд психоаналитических понятий. Рассмотрим ряд положений этой ста-

тьи. «Психоанализ, — пишет В. Н. Мясищев, — противопоставил себя поверхностному и статическому пониманию старой психологии в качестве более глубокого и генетического понимания. Но "глубокое" понимание свелось к усмотрению в человеке животного, а генетическое — к попытке свести настоящее к прошлому. Как ни странно, в учении психоанализа сказался глубокий регресс, подлинная проповедь своеобразного атавизма, несмотря на то что им впервые осуществлены глубокие этиологические и культурно-исторические поиски. Проницательность в деталях в нем сочетается с поразительной слепотой в целом».

Важным в понимании позиции В. Н. Мясищева является разведение понятий *бессознательное* и *неосознаваемое*. Признавая наличие в психике неосознаваемого, В. Н. Мясищев резко критиковал учение Фрейда о бессознательном. Учение о бессознательном, а не о сознании как о руководящем, о влечениях, а не об общественно-трудовой деятельности как основе понимания психики, о влечении к смерти, а не стремлении к бесконечному развитию — вот те принципиальные положения, которые выдвигаются психоанализом и которые извращают подлинную природу и движущие силы психической жизни. Психоанализ противопоставляет рационально-сознательное иррационально-бессознательному и приписывает последнему доминирующую роль; этот принцип прилагается психоанализом к пониманию здоровой и болезненно измененной психики. Учению о бессознательном В. Н. Мясищев противопоставляет положение о прогрессивно возрастающей роли сознания, о *необязательности противоречия сознательного и бессознательного*. Закон общественного развития психики говорит о том, что не темные стихии, а сознательное и разумное определяет поведение человека. Наличие несознаваемого объясняется тем, что способность опыта и восприятия по объему шире, чем способность осознания. Но в принципе все может быть осознано. В большом материале опыта каждого человека есть много не замеченного им, но незаметно влияющего, замеченного, но неосознанного и непонятого. Наконец, в ряде случаев аффективные, личные, этические и т. п. мотивы и тенденции препятствуют пониманию и осознанию здоровым или больным тех или других фактов. Фрейд объяснил их несоответствующим образом, он их переоценил и генерализовал в силу того, что конфликты у его зажиточной буржуазной клиентуры возникали под знаком сексуальности.

Психоанализ утверждает, что задача анализа заключается в возвращении в сознание вытесненного и в его расшифровке с помощью символов. Осознание скрытого смысла симптомов и является средством

исцеления. Непонятно, однако, как при ведущей роли бессознательного возврат вытесненного в сознание или осознание символики излечивает и как это можно объяснить, избегая мистификации. «*Здесь, — пишет Мясищев, — основное расхождение между нами и психоанализом, но здесь и самое уязвимое место психоанализа. Что определяет динамику душевной жизни в норме и патологии — сознание или бессознательное? Для нас сознание определяет эту динамику и конфликт и возможность излечения. Оно направляет всю деятельность человека. Нет бессознательного переживания и бессознательного конфликта — есть неосознанные переживания и конфликты. Есть неясные и несознательные причины переживаний и конфликтов*». Интересно, что несколькими годами позднее Эрих Фромм напишет, что сам термин «бессознательное» «представляет в действительности некую мистификацию. Нет такой вещи, как бессознательное; есть только те чувства, которые мы осознаем, и те, которые не осознаем» (1963).

Самый существенный вопрос для В. Н. Мясищева заключается в том, откуда у сознания обнаруживается сила, строящая и перестраивающая отношения и все поведение человека. Кажется основательной позиция психоанализа, рассматривающая инстинкт, связанный с организмом, как самое мощное, но тогда неясно, как сознание, хотя и самое высшее, но бесплотное, идеальное в психике, преодолевает его неудержимые импульсы. Это можно понять, только признавая общественную сущность человека. При этом сознание выступает как материальная сила. Достаточно напомнить о героях, приносящих свою жизнь в жертву ради идеи. Героизм, являясь высшим образцом общественного развития, представляет образец выносливости, огромной силы в борьбе с жизненными препятствиями, которые возникают на пути тех идейных целей, которые ставит перед человеком его сознание.

Материальная сила сознания может быть понятой на основе анализа истории развития человека. Этот анализ показывает, что предметы и обстоятельства окружающего, интегрированные в символах речи (иначе — в мышлении и идеях), с ходом развития человека все более определяют его жизнь и деятельность. Эти образования (вторая сигнальная система Павлова) нанизывают на себя весь накапливающийся опыт человека, являя собой не мертвые знаки, а насыщенные конденсированной, действенной, аффективной силой импульсы. Экспериментальное психофизиологическое исследование показывает, что слово вызывает сильнейшее изменение дыхания, пульса, кровяного давления, деятельности желудка, биотоков кожи и мозга, обмена веществ. Становится

ясным, что слово, идея — материальная сила, потрясающая организм человека. Поэтому осознание — не просто понимание объективных зависимостей вещей и людей, но действенное переживание, изменение отношений, потенциальная перестройка действий. В процессе психотерапии от субъективного понимания своих мотивов и самого себя человек переходит к осознанию объективного значения — обусловленности своих переживаний, к осознанию неправильной линии своих поступков и правильной самооценке, к осознанию конструктивных путей выхода из трудной ситуации. Меняя отношение в процессе осознания, человек начинает иначе переживать, иначе реагировать. То, что казалось хорошим, осознается как плохое, казавшееся несправедливым — оказывается заслуженным и т. д. Этот процесс изменения отношений сопровождается исчезновением симптомов. Это показывает, что борьба с симптомами так же не нужна при правильной психотерапии, как бесплодна при неправильной.

Далее в этой статье В. Н. Мясищев высказывает свою точку зрения на такие механизмы патогенных нарушений, как вытеснение, символическое замещение, сублимация. Он не рассматривает *вытеснение* как выталкивание в бессознательное тягостных переживаний. По В. Н. Мясищеву, этот механизм состоит в том, что человек умалчивает то, в чем ему стыдно признаться, он сознательно гонит от себя неприятные мысли и пытается отвлечься от них или забыть их, что нередко ему и удается. Не все пациенты, не всегда и не сразу осознают свои неблаговидные мотивы или действия. Эти факты он рассматривает как произвольную сознательную психическую деятельность, как активное умалчивание и сокрытие.

В вопросе о *символическом замещении*, по мнению В. Н. Мясищева, заключена самая сильная и самая слабая стороны учения Фрейда. Содержание психоза или психоневроза не только бессмысленно, не только искажает действительность, но и выражает стремления больной личности. Таково одно из важных исходных и, несомненно, в принципе ценных положений психоанализа. Кажущееся бессмысленным, если мы расшифруем его, приобретает определенный смысл, скрытый в болезненной картине, искажающей и прикрывающей его символикой. Критической оценке В. Н. Мясищев подвергает вопрос о значении и границах применимости принципа символизма. С его точки зрения, психоанализ переоценил и односторонне гипертрофировал значение архаических и иррациональных элементов. Выдвинув роль символики и охарактеризовав особенности символического мышления, психо-

анализ имеет большие заслуги, но, переоценив эту роль и односторонне истолковав ее в смысле выражения сексуального, он значительно исказил представление о механизме психогении. В противовес сексуальному монизму В. Н. Мясищев выдвигает положение о том, что человек может быть декомпенсирован всякими обстоятельствами и переживаниями, создающими для него ситуацию, кажущуюся безвыходной, невыносимо тягостной. «Это положение может быть и старо и банально, — пишет В. Н. Мясищев, — но оно возвращает к более правильному пониманию действительности, к пониманию более жизненному и индивидуальному в противовес одностороннему, обезличивающему, обедняющему».

Согласно В. Н. Мясищеву, источником переживаний человека, условиями его выносливости являются отношения человека. Отношения, лежащие в основе реакции и переживания, не являются врожденными, конституциональными, а обусловлены историей жизни человека, которая, в свою очередь, обусловлена историей его общества. Тем самым биологизму концепций, поставивших во главу угла влечения и инстинкты, противопоставляется социально-историческое понимание. Психоанализ и индивидуальная психология признавали роль социального фактора, но рассматривали его лишь негативно, как узду влечений, причем на понимании их лежала печать биологизма, так как социальность и связанная с ней мораль рассматривались как «врожденное чувство общности» (Адлер) или как сублимат сексуального влечения в общественных условиях. За внешним многообразием патологических факторов Фрейд и Адлер пытались найти единую систему, которую, однако, переоценили. В. Н. Мясищев признает правильным положение о том, что сами переживания должны быть объяснены более глубокими движущими силами. Но Фрейд и Адлер недостаточно оценили их различное значение для нормальной и патологической психической жизни человека в соотношении с другими факторами. Например, патогенная роль сексуального влечения определяется наличием этических моментов, отсутствие которых исключает возможность патогенного конфликта. В приведенной В. Н. Мясищевым истории болезни показано, что основным источником заболевания у пациентки, которой изменил муж, явился не сексуальный конфликт, а сложные переживания, связанные с тонкими чувствами личного достоинства, возмущением и обидой на измену близкого человека.

Существенным моментом понимания патогенности является *вопрос о роли травмы детского периода и о регрессии на инфантильный*

уровень. Фрейд показал, что понимание природы психоневрозов требует изучения психических травм раннего детского возраста. Близок к этому Адлер, высказывающий мысль о том, что руководящая линия невротического поведения складывается в возрасте трех-пяти лет. В. Н. Мясищев считает, что дело отнюдь не в сексуальной травме и не в фиксации мотива, а в формировании особенностей характера, в особо высокой чувствительности и непереносимости некоторых ситуаций. Хорошо известно, что черты характера тем прочнее, чем дальше они уходят в глубину прошлого. Но их формирование в раннем детстве и закрепление на дальнейших этапах жизни является показателем роли истории развития, а их постоянство часто ошибочно принимается за признак врожденности и конституциональной обусловленности. Таким образом, *дело не во власти бессознательного и мистической власти раннего детского переживания, а в том, что патогенная ситуация взрослого касается часто тех же особенностей и чувствительных сторон характера, которые болезненно задевали личность и в раннем детстве*.

Переходя к вопросу о психотерапии и ее отдельных сторонах, В. Н. Мясищев отмечает, что *первая система психотерапии создана Фрейдом и поэтому движение вперед связано с преодолением фрейдизма*. Важным фактором психотерапии является отношение «врач—пациент». С точки зрения психоанализа это *перенос* либидо на врача. «Фактически, — пишет В. Н. Мясищев, — встречаются случаи, когда больной или больная переносят на врача свою неудовлетворенную любовь, но это не дает никаких оснований говорить о переносе как обязательной ступени психотерапевтического процесса». Придавая исключительно высокое значение руководящей роли врача, В. Н. Мясищев усматривал его роль в ином: *врач реорганизует отношения личности к действительности, то есть к людям, к социальным требованиям и к самому себе*.

Сопротивление. С точки зрения психоанализа сопротивление врачу есть проекция внутреннего сопротивления, вызванного процессом вытеснения. По мнению В. Н. Мясищева, в этой части концепция психоанализа мистифицирует реальные факты еще больше, чем сама концепция вытеснения. В. Н. Мясищев дает следующее объяснение явлению сопротивления. Совершенно ясно, что больной первоначально скрывает не только от посторонних людей, в том числе и от врача, но даже и от самого себя сознание своих дефектов. Наряду с этим больной первоначально не отдает себе вполне ясного отчета в мотивах своего поведения и борется за истолкование его с более благородной сто-

роны. Это относится к смыслу поступков, переживаний, пониманию и оценке своего характера. Врач в значительной степени находится в положении морального следователя, а больной — в положении обвиняемого с той разницей, что он сам должен вскрыть свои «пороки», чему он вначале сопротивляется. Нет надобности говорить, что врач, конечно, должен быть не только оценивающей инстанцией, но прежде всего другом, у которого больной ищет помощи и перед которым он готов раскрыть свои самые интимные переживания. Прежде чем больной это осознает, почувствует потребность в этом, поймет, что здесь речь идет о глубоко внутреннем морально-психическом лечении, он, естественно, сопротивляется проникновению врача в область его глубоких личных переживаний. «Такое специально психологическое и этическое сопротивление, — пишет В. Н. Мясищев, — мы действительно встречаем. Его можно понять и фактически обосновать, и нет никакой надобности мистифицировать».

Здесь уместно будет привести взгляды В. Штекеля (1921) на сущность обсуждаемых феноменов, отчасти созвучные пониманию В. Н. Мясищева. Вильгельм Штекель — крупный представитель психоаналитического направления, предложил вместо понятия «вытеснение» понятие «психическая скотома». Этот автор считал, что в основе невроза всегда лежит душевный конфликт между аморальным или криминальным влечением, с одной стороны, и страхом ответственности юридической, общественной, морально-религиозной — с другой. Этот душевный конфликт у невротика не вытесняется в бессознательное, а представляет собой материал, в отношении которого невротик безотчетно стремится остаться «слепым», не желая или боясь его «увидеть». Механизм переноса на врача Штекель рассматривает как прием, используемый пациентом для одержания «победы» над врачом. Сопротивление, по Штекелю, — не бессознательная самозащита от вытесненного запретного влечения, а защита от врача, от самого лечения, поскольку невротик по существу не заинтересован в выздоровлении, так как оно угрожает ему осознанием своего долга и ответственности. Больной, усвоив установку врача, его психоаналитическую гипотезу, безотчетно или даже преднамеренно предъявляет «желательные» врачу ассоциации с целью ввести врача в заблуждение и таким образом «отстоять» свой синдром.

Действенным заключением психотерапии является изменение жизни, новая деятельность. В концепции психоанализа это связано с понятием *сублимации*. Здесь, по мнению В. Н. Мясищева, обнаруживается опять «обычная для психоанализа смесь истинного и ложного». Для

этого понятия нет никаких физиологических оснований. Истинно здесь только то, что личность переключается с травмирующей ее, в частности с сексуальной для некоторых больных, ситуации на высшие идейные интересы. Поэтому понятие «сублимации» может быть здесь применено не строго научно, а метафорически. По существу речь идет о том, чтобы отойти от узко личных интересов, субъективных позиций и включиться в какую-либо общественно значимую деятельность, найти в ней источник жизненного интереса и личного удовлетворения. «При этом, — замечает В. Н. Мясищев, — было бы карикатурой на психотерапию утверждение о том, что мы обывателя-одиночку отрываем от его повседневности мелко-личных забот и делаем борцом за идеалы науки, искусства, общественной работы. Речь идет о мобилизации в человеке объективно-ценного, жизненного и социально-значимого».

Часто изменяется не только отношение больного к травмировавшим его вопросам, но и взгляд на вещи, на людей и на всю жизнь. Больной в своих позициях одновременно объективизируется и дезэгоцентрируется. Существенное значение имеет изменение отношения к своей деятельности и осознанию ее принципиальной значимости. Поскольку в большинстве случаев трудность ситуации заключается не только в качествах личности, а и в условиях ее жизни, то правильное понимание психотерапии требует не только переделки больного субъекта, но и переделки условий жизни, содействия ей, защиты ее прав.

В статье «О генетическом понимании психоневрозов» (1939) В. Н. Мясищев так определяет «основной дефект» психоаналитических и иже с ними концепций невроза: «Каждое из перечисленных направлений, имея за собой известные факты, односторонне подбирало их, неправильно освещало их, абстрагируя, отрывая их от всей конкретной действительности, выдвигая их и основанную на них трактовку в качестве единственной и достаточной для решения вопроса. Преодолевая опасность односторонности, отводя законное место для физиологических, психологических и социальных условий возникновения невроза, теория должна правильно отразить роль каждого момента и их взаимоотношений. Очевидно, что это может быть достигнуто лишь на основе конкретного анализа, опирающегося на историческое понимание действительности, связывающее воедино многочисленные звенья этого сложного и многосторонне обусловленного заболевания». И далее В. Н. Мясищев высказывает очень важную идею о том, что в основу

понимания невроза кладется не понимание психологии личности со всем богатством ее содержания, ее взаимоотношений с действительностью, но абстрактный психический механизм. У Фрейда над всем господствует сексуальный инстинкт или влечение к смерти, у Адлера — механизм самоутверждения. Таким образом, все эти концепции выдвигают универсальную роль абстрактного механизма и не находят того, что является действительно определяющей силой в развитии невроза. Основным дефектом существующих теорий является отсутствие правильного патогенетического понимания, в частности учета социальной стороны патогенеза. Заключая статью, В. Н. Мясищев пишет: «Источники психоневрозов в связи с социально-психологическими различиями больных различны. В каждом случае конкретная картина заболевания может быть построена только на основе анализа истории болезни, истории личности в определенных социальных условиях ее развития. Знание этой истории, знание качеств личности и условий переживания позволяет расшифровать часто невероятно запутанный комплекс болезненных проявлений и наметить на основе такого структурно-генетического понимания рациональный план лечения».

Является ли патогенетическая психотерапия разновидностью психоанализа?

В. Н. Мясищев отвергал основные, неприемлемые для научного объяснения положения Фрейда: основанную на инстинктах теорию личности, пансексуализм, антагонизм сознания и бессознательного. Что же касается таких понятий психоанализа, как «вытеснение», «перенос», «сопротивление», «сублимация» и др., то замечаем, что В. Н. Мясищев обращает внимание на внутренние противоречия психоанализа, постоянно подчеркивая сочетание в этих концепциях «истинного и ложного», «проницательности и слепоты», «сильной и слабой стороны». Им отмечаются «большие заслуги» психоанализа в открытии этих явлений и в то же время «чрезмерная переоценка» их. Собственно говоря, не феномены, открытые Фрейдом, а их метафорическая трактовка вызывала несогласие В. Н. Мясищева, ибо ученому-психологу трудно выйти за рамки строгой академической науки.

Следующий шаг, который был сделан В. Н. Мясищевым в направлении «преодоления фрейдизма», состоял, как было рассмотрено выше, в отказе от постулируемых психоаналитиками *универсальных бессознательных комплексов*. Представители ревизованного и реформированного психоанализа, так же как и теоретики объектных отношений, не смогли преодолеть последнего заблуждения фрейдизма: они пытались за внешним многообразием причинных факторов психических расстройств найти единый комплекс, который они, однако, односторонне переоценивали и генерализовывали. Это образование они называли по-разному, будь то эдипов комплекс Фрейда, комплекс неполноценности Адлера, базальная тревога Хорни, задержанный симбиотический комплекс Г. Аммона и т. п. Этот основной комплекс, будучи врожденным или детерминированным социокультурным фактором, фатально противостоит социуму как силе, враждебной человеку и его потребностям. В противоположность этим обезличивающим представлениям В. Н. Мясищев рассматривает невроз как конфликтогенное расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых отношений личности. Невротик не в состоянии рационально решить возникший конфликт в силу особенностей своей личности, формирование и развитие которой происходило в условиях дисгармоничных, искаженных отношений в ее социальном окружении (прежде всего в семье и других группах). «Единым стержнем» при таком подходе является «нарушенная система отношений» пациента. Изначально отношения и конфликты не наполняются психотерапевтом каким-либо конкретным содержанием (в отличие от психоаналитического подхода они бессодержательны); наполнение их в процессе психотерапии конкретным содержанием, почерпнутым из анализа реальных жизненных отношений пациента, является одной из важнейших задач патогенетической психотерапии; конечная ее цель — реконструкция нарушенной системы отношений пациента, его перевоспитание. Кстати отметим, что в начале своей деятельности Фрейд описывал случаи, в основе которых лежат конфликты реального, а не мифологического содержания, случаи, при которых вскрыты истинные, а не вымышленные и навязанные пациентам причины заболевания.

По нашему убеждению, многие из описанных в рамках психоаналитических концепций комплексы, освобожденные от биологических, архаических, иррациональных пут, могут рассматриваться как частные случаи нарушенных отношений. В силу этого патогенетическая психотерапия по сути своей должна стать интегративной, ибо на ее

язык, как говорил В. Лаутербах, может быть переведено основное содержание большинства личностно-ориентированных систем западной психотерапии.

По мнению А. М. Свядоща, психоанализ Фрейда не ведет к выявлению и ликвидации реально существующих комплексов. Это достигается путем каузальной психотерапии, которая в отличие от психоанализа стремится выявить действительно имевшиеся в жизни больного психотравмирующие переживания, ставшие неосознанными и приведшие к возникновению заболевания. Для этого она использует метод обычно применяемого в клинике детального расспроса больного о его жизни и переживаниях, иногда о его сновидениях, изучает его ассоциативную деятельность. Психоанализ же приписывает больному переживания, которых у него не было, и не приводит к выявлению истинной причины болезни. По мнению А. М. Свядоща, в основе патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева лежит сочетание каузальной и рациональной психотерапии. Вольф Лаутербах, написавший книгу «Психотерапия в Советском Союзе», в которой центральное место выделил описанию и анализу патогенетической психотерапии, вне сомнения знакомый с точкой зрения А. М. Свядоща, также размещает метод В. Н. Мясищева на шкале психотерапевтических подходов между рациональной и каузальной психотерапией. И поясняет, что, в то время как рациональные психотерапевты объясняют своим пациентам этиологию их расстройств в научно-популярных павловских терминах и показывают, что они ошибаются в той или иной сфере и должны измениться, патогенетические психотерапевты не просто объясняют пациентам их нарушения в терминах В. Н. Мясищева. Они являются «рациональными психотерапевтами» лишь постольку, поскольку у них те же цели, но добиваются их путем постепенного осознания пациентом психологических причин (в понимании В. Н. Мясищева).

С психоаналитической точки зрения патогенетическая психотерапия была рассмотрена и оценена Исидором Зиферштейном. Зиферштейн с 1959 по 1971 г. неоднократно приезжал из Соединенных Штатов в Россию, в Институт им. В. М. Бехтерева и, познакомившись с патогенетической психотерапией, сразу оценил ее как динамическую, или раскрывающую, психотерапию. В течение 1963–1964 гг. он провел несколько месяцев на отделении неврозов, ежедневно наблюдая за психотерапевтическим лечением нескольких пациентов. До этого в течение двух лет, участвуя в исследовательском проекте «Изучение психотерапевтического процесса», он наблюдал психоанализ и психоаналитическую пси-

хотерапию в Институте психиатрических и психосоматических исследований в Лос-Анджелесе. Сравнение этих двух наблюдений вскрыло некоторые специфические характеристики патогенетической психотерапии; результаты были опубликованы в Соединенных Штатах в 1976 г. в книге «Психиатрия и психология в СССР». Наблюдения И. Зиферштейна представляют для нас особый интерес — не только потому, что они отражают взгляд профессионального психоаналитика-исследователя процесса психотерапии, но и потому, что это единственно существующее описание способа проведения патогенетической психотерапии. Итак, обратимся к его клиническим наблюдениям и тем выводам, к которым он приходит.

Речь идет о пациентке 34 лет, которая приехала на лечение в Институт им. В. М. Бехтерева из другого города. Наблюдение длилось на протяжении всего периода ее госпитализации в течение 2,5 месяцев. Проведено 38 терапевтических сессий. Основные жалобы: приступы слабости, головокружения, «дурноты», ощущения «ватных ног», которые начались 3 года назад и в результате которых развился страх выходить из дома одной. Терапевтом была пожилая сотрудница отделения с многолетним стажем психотерапевтической работы. Шестая сессия оказалась решающей. В ходе сессии наблюдателю стало очевидно, что терапевт тщательно продумала стратегию анализа и постоянно двигалась в нужном направлении. Задача терапевта осложнялась чрезмерной разговорчивостью и обстоятельностью пациентки, что служило сильным средством ее сопротивления целям психотерапии. По этой причине сессия длилась 1 час 45 минут. Однако, несмотря на сопротивление, был достигнут значительный терапевтический прогресс и рост осознания пациентки, что явилось поворотным пунктом в ее выздоровлении. Терапевт начала сессию, спросив пациентку, занимается ли она, будучи учительницей, воспитательной работой. Это сразу создало позитивную атмосферу, в которой пациентка с радостью и гордостью очень обстоятельно начала рассказывать о двух случаях ее успешной работы с двумя наиболее трудными учениками. Терапевт затем искусно подвела пациентку к заключению о том, что личность человека может меняться не только в раннем возрасте, но и позднее на протяжении жизни. Исходя из этого, терапевт подвела пациентку к переоценке тех личностных черт, которые, с точки зрения пациентки, стоит изменить (эта тема уже затрагивалась на предыдущей сессии). Пациентка воскликнула: «Я забыла упомянуть главный недостаток — ревность!» В связи с этим она вспоминает инцидент, когда подруга не пригласила ее на футбольный матч, а пошла с другой подругой. После этого она не разговаривала с ней целый

год. В этом месте терапевт дает решающую генетическую интерпретацию: она соединяет представленную черту пациентки с ее ревностью к младшему брату, который родился, когда ей было 5 лет и когда она не могла отказаться от привилегированной позиции единственного ребенка. Здесь терапевт сослалась на материал, который был получен раньше, а именно, на то, что пациентка «случайно» наступила на руки брата, когда тот начал ползать. То, что эта интерпретация попала в цель, демонстрируется тем, что пациентка начала продуцировать подтверждающие ассоциации: например, она вспоминает, как насильно поворачивала лицо бабушки к себе, когда та заговаривала с другими людьми, вместо того чтобы уделять исключительное внимание внучке. Далее терапевт привязывает это к актуальной жизненной проблеме, которую пациентка считает главным источником ее болезни — неразрешимой, как ей кажется, борьбе «не на жизнь, а на смерть» с родственниками мужа. Терапевт утверждает, что хотя родственники мужа и трудные люди, ревность пациентки и ее желание полностью владеть им являются основными факторами в конфликте с ним, отсюда и сильные невротические симптомы. Терапевт предлагает пациентке научиться жить в одном городе даже с такими «плохими людьми», как родные ее мужа, вместо того чтобы страдать от невротических симптомов. В этом месте сопротивление пациентки, которое до этого скрывалось под маской сотрудничества и выражалось в чрезмерной разговорчивости и обстоятельности, принимает открытую, сознательную форму. Лицо пациентки принимает жесткое, неподвижное выражение. Она мрачно смотрит вниз, отказывается поднять глаза на терапевта, плачет от досады, гнева, жалости к себе. Как и на протяжении предшествующих сессий, она с сильным чувством заявляет, что ни при каких обстоятельствах не примирится с «этими людьми», что скорее уйдет от мужа или переедет с мужем и ребенком в другой город. Она повторяет, что родные мужа оказывают на него дурное влияние, что с их подсказки он даже начал бить ее и ребенка, чтобы показать, кто в доме хозяин. Стало ясным, что эта сессия задела фундаментальную черту ее характера, лежащую в основе невроза. Попытка показать, что ее болезнь детерминирована изначально особенностями ее личности, а не внешними обстоятельствами или другими людьми и что поэтому избежание этих обстоятельств не решит ее проблему, вызвало крайнее сопротивление. Она решительно отказывается обсуждать любые аспекты примирения с родственниками мужа.

«И для патогенетического психотерапевта, и для американского психоаналитика, — комментирует Зиферштейн, — этот тип сопротивления становится сильной преградой, которую нельзя преодолеть в одну или две сессии». Но здесь есть различия в подходах преодоления сопротивления.

Как патогенетический психотерапевт завершает сессию в этом случае? Сознавая, что произошла перемена в климате, что пациент теперь имеет негативное отношение к терапевту и терапии, терапевт решает по первому побуждению возвратить позитивные чувства пациента. Эти побуждения начинаются на этой, шестой, сессии и продолжаются на последующих. Видя, что пациентка очень расстроена, врач смотрит на нее с любовью, говорит с большим чувством: «Я совсем истощила вас, бедняжка!» Затем берет руки пациентки в свои и в характерной манере приближает их к себе, таким образом приближая пациентку, и, почти принуждая ее поднять взгляд, говорит: «Завтра мы детально обсудим, как наилучшим образом наладить жизнь с мужем и ребенком, не касаясь этих ужасных конфликтов с его родственниками» (обещание помощи и руководства). Терапевт завершает сессию поддерживающим и ободряющим заявлением: «Ваш муж любит вас, и вы любите его» и снова с любовью смотрит ей в глаза. Однако последнее слово за пациенткой. Она готова согласиться, что муж любит ее, но сомневается в последней части заявления терапевта: «Предположим, я люблю мужа. Я просто не могу примириться с такими людьми, как его родители и сестра».

Борьба между сопротивлением пациентки и попытками терапевта преодолеть его продолжаются несколько сессий. Один пример: на следующей сессии терапевт сообщает пациентке, что утром она возьмет ее первой на беседу. Это своего рода предложение мира, уступка потребности пациентки в особом признании. Но сопротивление пациентки усиливается. Она противится, жалуясь на более сильное головокружение. Она рассказывает сон: «Я видела похоронную процессию. Женщина лежала в гробу с поднятыми в воздух руками, к которым были подведены электроды». Ассоциация: «Женщина умерла в результате электроэнцефалографии». Пациентке делали ЭЭГ как раз перед шестой сессией, и она говорит: «Это лечение убьет меня!» Терапевт не интерпретирует, но противодействует: «Вы социально сознательный и активный человек. Вы занимаетесь воспитанием молодежи, через которую мы обретаем бессмертие!» Наблюдатель отмечает, что патогенетические психотерапевты не интерпретируют сновидения вербально, но обращаются к его латентному содержанию, как в этом примере.

Подытоживая, Зиферштейн следующим образом классифицирует виды вмешательства патогенетического психотерапевта.

1. Усилия, направленные на поддержку позитивного терапевтического отношения, предоставление пациентке заботы, внимания, уважения и высокой оценки ее позитивных качеств.

Например, в двенадцатой сессии пациентка жалуется, что директор школы, в которой она работает, создает трудности для нее. Так, он написал ей, что она не должна отсутствовать в школе в свя-

зи с лечением больше одного месяца, иначе она должна предоставить специальную справку от врача. Психотерапевт обыгрывает это обстоятельство, говоря, что директор высоко ценит ее и поэтому оказывает давление, чтобы она скорее вернулась в школу. Здесь опять терапевт работает с сопротивлением пациентки. Пациентка же противится этому мотиву, ссылаясь на высказывание одного врача о том, что у нее слабая нервная система и ей лучше оставить такую напряженную деятельность, как преподавание в школе, и перейти на работу в библиотеку. Терапевт в ответ выражает изумление и уверяет ее, что будет большой потерей, если она оставит профессию учителя.

2. Усилия по оказанию помощи пациентке путем прямых советов и руководства действиями, направленными на совладание с ее жизненными проблемами.

Это включает, например, детальное обсуждение того, как пациентка реагирует и как она должна реагировать, когда друзья сообщают ей о порочащих ее замечаниях родственников мужа.

3. Интерпретации невротического поведения и симптомов и конфронтация сопротивлению пациентки психотерапии.

Например, когда терапевт показывает пациентке, что она не сотрудничает в психотерапии, пациентка протестует, заявляя, что, напротив, она прилагает максимум усилий к сотрудничеству. В качестве доказательства пациентка говорит, что, когда она была в другой больнице, охотно соглашалась на все инъекции, хотя очень боится уколов. На что терапевт ей отвечает, что пациентка меньше сопротивляется физической боли от соматического лечения, чем психической боли, связанной с осознанием.

Из этих трех видов интервенции первые два наиболее характерны, по мнению наблюдателя, для патогенетической психотерапии. Перечисленные усилия терапевта оказываются эффективными.

Постепенно терапевт достигает своей цели — восстановления позитивного отношения и значительного уменьшения сопротивления пациентки. В результате спустя 2,5 месяца после начала лечения пациентка была выписана со значительным симптоматическим улучшением, более теплым отношением к мужу и более разумным отношением к родственникам мужа. Катамнестические сведения, полученные по письмам пациентки через 12 лет после выписки, показывают, что достигнутые результаты сохраняются.

Американские психотерапевты, сообщает далее наблюдатель, применили бы те же три типа вмешательства: поддержку, перевоспитание, интерпретацию. Но они в большей степени акцентировали бы третий элемент — интерпретацию. В случае психоаналитического лечения акцент почти исключительно ставился бы на интерпретации; поддержка и перевоспитание в этом случае ис-

пользовались бы ограниченно. Главное усилие было бы направлено на конфронтацию с сопротивлением пациентки; психоаналитик показывал бы формы ее сопротивления, интерпретируя затем их значение и источники.

Например, на седьмой сессии терапевт спрашивает пациентку, размышляла ли она над тем, что обсуждалось на предыдущей сессии. Пациентка отвечает отрицательно, ссылаясь на слова терапевта о том, что обсуждение будет продолжено на следующий день.

Точно так же, когда пациентке сообщили, что принимаемое ею лекарство (Phenigamma) отменяется из-за выявленных побочных действий, она говорит: «Тогда это значит, что теперь у меня вообще не будет никакого лечения!» — таким образом, полностью отрицая психотерапию как форму лечения. Американский аналитически ориентированный психотерапевт, скорее всего, конфронтировал бы пациентку с этими свидетельствами ее сопротивления. Сновидение о женщине, убитой ЭЭГ, вероятно, было бы использовано, чтобы показать пациентке ее смертельный страх перед терапией. Дальнейшие ассоциации могли бы привести к открытию страха возмездия (убийства) со стороны матери за враждебные чувства к брату. Наконец, интерпретация переноса могла бы быть сформулирована так: «Вы хотите быть единственным ребенком терапевта» и подкреплена примерами проявления чувства обиды, злобы, возмущения и конкуренции с другими пациентами: «Так же, как вы хотите быть единственным ребенком ваших родителей и родителей мужа, вы хотите быть центральной фигурой, находясь между вашим мужем и вашими родителями и между вашим мужем и его родителями». Главный симптом пациентки — чувство головокружения и дереализации, — вероятно, был бы проинтерпретирован как отказ от принятия существующей реальности, в которой она — одна среди многих, и как желание через болезнь заставить мир быть другим, повернуть жизнь вспять, к тому времени, когда брата еще не было и она была единственным ребенком в семье.

Характеризуя патогенетическую психотерапию, Зиферштейн прежде всего обращает внимание на активность психотерапевта. Занимая позицию эксперта, психотерапевт в ответе за все в течение всего курса терапии. Проводя психотерапию, терапевт решает после первых двух-трех исследовательских сессий, какие у пациента главные проблемные области. Затем он обсуждает с пациентом цели лечения и направляет содержание и форму каждой сессии так, чтобы систематически разбирать каждую проблему по очереди. Психотерапевт верит, что на враче лежит ответственность за создание позитивного климата — климата, в котором пациент развивает доверие, уважение и любовь к доктору. Если климат непозитивный или пациент развивает негативные чувства, то это расценивается как результат допущенных

> врачом ошибок. Врач ответствен за активные действия, направленные на вызов или возвращение позитивных чувств пациента. Поэтому патогенетический психотерапевт очень активен в предоставлении пациенту эмоциональной поддержки и повышении самоуважения пациента. Доктор без колебаний дает пациенту совет и оказывает помощь в решении текущих проблем. Его усилия по реконструкции нездоровой структуры личности включают активное перевоспитание; пациенту предлагаются те ценности и стандарты поведения, которые считаются правильными, реалистичными и социально желаемыми.

Комментируя приведенные наблюдения американского психотерапевта, отметим следующее.

1. За прошедшие полвека произошли существенные изменения, которые коснулись как патогенетической психотерапии, так и психоанализа. Эти изменения связаны с широким распространением и признанием гуманистических принципов отношения терапевт—пациент. В результате ассимиляции этих принципов патогенетическая психотерапия отказалась от директивности, а психоанализ стал использовать *эмпатию* и другие составляющие «триады Роджерса» в качестве действенных лечебных факторов психотерапии.
2. *Интерпретация.* Патогенетический анализ предупреждает против поспешных толкований. Отказ от несвоевременных интерпретаций — принципиальная позиция патогенетической психотерапии, которая и привела уже в наше время к широкому внедрению в практику патогенетической психотерапии гештальт-экспериментов. «Мы считаем, — пишет Е. К. Яковлева, — что не следует врачу самому разъяснять больному причины развития у него заболевания, особенно не следует это делать поспешно, желательно добиться понимания их самим больным. Нельзя подлинное объяснение, основанное на глубоком понимании патогенеза невроза, подменить внешними и скороспелыми разъяснениями, что, к сожалению, нередко делается». Говоря о возможной интерпретации сновидения пациентки американскими психоаналитиками, Зиферштейн, сам того не ведая, показывает, как, исходя из ограниченного набора психоаналитических схем, психоаналитик «навязывает» пациенту определенное знание, связанное с переживаниями человека в раннем возрасте (например, открытие страха убийства матерью, — во что пациентка должна поверить).

   Отказ от интерпретаций как возможных собственных проекций интерпретатора и как навязывание готовых универсальных схем —

один из основных принципов гештальт-терапии. Вместо техники свободных ассоциаций с последующей их интерпретацией в понятиях психоаналитических инфантильно-сексуальных концепций мы используем психодраматические техники гештальт-терапии, допуская, когда это необходимо, осторожную интерпретацию в рамках реальных жизненных отношений.

3. *Перенос*. Под этим термином вслед за С. Кратохвилом мы понимаем «проекции прошлого опыта», подчеркивая тем самым, что переносятся не только инфантильные чувства, а самый широкий спектр отношений. В психоанализе понятие «проекция» используется как защитный механизм, посредством которого человек приписывает другим людям свои мысли, чувства и поступки, заведомо для них не характерные. Проекция предохраняет человека от чувства подавленности и тоски, которые могут возникнуть вследствие внутреннего конфликта. Кратохвил же применяет понятие «проекции прошлого опыта» не в приведенном узком, психоаналитическом смысле, а в значении, известном в психологии под названием «проективные методы», когда пациенту предлагается «неопределенно стимульный материал», в котором так или иначе отражаются различные давние переживания пациента, и он реагирует на него, исходя из своего прошлого опыта.

Близка нам и позиция Хорни, которая рассматривает *анализ переноса* как «подробное изучение взаимоотношений между пациентом и аналитиком в целях выяснения характера отношений пациента с другими людьми». Отношения терапевт—пациент рассматриваются нами как *реальные*, но в этих отношениях так или иначе отражается прежний опыт и срабатывают привычные эмоциональные стереотипы и способы поведения. Такое толкование, на наш взгляд, способствует демистификации переноса и техник, направленных на его усиление и развитие в лечебных целях трансферентного невроза. Как и в отношении других феноменов, возникающих в процессе психотерапии и описанных психоаналитиками, перенос не является обязательной ступенью психотерапевтического процесса. Если в реальных отношениях терапевт—пациент замечаются переносные элементы, проекции прежних переживаний, тогда, естественно, их необходимо проанализировать. Гораздо важнее не принимать реальные отношения между терапевтом и пациентом за переносные с последующим навязыванием пациенту анализа вымышленных связей.

Основное отличие реконструктивной психиатрии от психоанализа Б. Д. Карвасарский формулирует следующим образом (подытоживая

мысли Мясищева, изложенные в этом обзоре): в отличие от психоанализа при личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии речь идет о расширении сферы осознаваемого не на основе прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодействия с сознанием, а посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании больного представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий. Кроме того, в психоанализе смысл нового знания, понимания с помощью интерпретаций в определенной мере «навязывается» пациенту психоаналитиком, который исходит из довольно ограниченного набора жестких схем, прямо или косвенно связанных с сексуальностью человека в течение всей его жизни, особенно в раннем возрасте. При личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии пациент в сотрудничестве с психотерапевтом реконструирует самосознание, оставаясь в мире реальных событий и понятий.

Итак, является ли патогенетическая психотерапия психоанализом? В рамках той схемы, которой придерживалась Хорни, на этот вопрос можно ответить так: все зависит от того, что считать главным в психоанализе. Если считать, что психоанализ складывается из всех теорий, выдвинутых Фрейдом, тогда то, что представляет патогенетическая психотерапия, не психоанализ. Далее, если считать, что основу психоанализа составляет *метод*, предназначенный для осознания бессознательных процессов, который включает подробное изучение жизни пациента и особенностей его личности, интерпретацию, конфронтацию, анализ сопротивления и переноса, то, безусловно, психоанализ оказал заметное влияние на метод патогенетической психотерапии.

Анализ эволюции психоанализа от ортодоксального фрейдизма до патогенетической психотерапии В. Н. Мясищева позволяет выделить три этапа в «преодолении фрейдизма».

1. *Отказ от родового бессознательного*. Ревизия ортодоксального психоанализа эгопсихологами, отказ от таких архаических теорий, как миф о первобытной орде, теории о врожденном изначальном языке, филогенетических воспоминаниях и родовом бессознательном. Ревизия касалась функций Эго и шла в двух направлениях. Одно разрабатывало фрейдовскую идею о защитных механизмах как функции Эго. Это направление возглавила Анна Фрейд. Другое занималось вторичными функциями Эго: рациональным мышлением и действиями, восприятием, вниманием, познанием, памятью и т. п. Глава этого направле-

ния — Хайнц Гартман. Ревизованный психоанализ — шаг в направлении отказа от теории инстинктивных сексуально-агрессивных влечений.

2. *Отказ от врожденных бессознательных психических структур. Реформация психоанализа неофрейдистами.* Карен Хорни, Гарри Салливен и Эрих Фромм принесли в жертву то, что ортодоксальные аналитики и аналитики-ревизионисты считали основой фрейдизма: врожденные воспоминания, структуры и предопределения. Отказ от чрезмерного подчеркивания биологического происхождения психических явлений. Признание культурных и социальных факторов в происхождении неврозов. Отказ от предпосылок, сделавших психоанализ *инстинктивной* и *генетической* психологией: от теории либидо; теории инстинкта смерти; теории предопределяющей роли детства с его инфантильно-сексуальными фазами; концепции нарциссизма; эдипова комплекса и т. п.
3. *Отказ от универсализации бессознательных комплексов.* В этом принципиальное отличие патогенетической психотерапии от неофрейдизма как предшествующего этапа преодоления фрейдизма. Концепция В. Н. Мясищева: патогенной основой невроза является конфликт, который возникает в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности. Индивидуальные особенности таких отношений обусловливают ее невыносливость в той или иной ситуации. *В каждом конкретном случае конфликт имеет индивидуальное, конкретное содержание*, выявление которого очень важно для психотерапии.

Патогенетическая психотерапия пришла на смену психоанализу, о ее родстве с ним напоминают некоторые общие позиции: признание роли бессознательных психических процессов в детерминации мыслей, чувств и поведения человека; признание ряда психологических явлений, открытых Фрейдом, — вытеснения, сублимации, сопротивления, переноса и др.; использование в практике психотерапии некоторых элементов психоаналитического метода. В практическом отношении сходство, как показал Зиферштейн, заметно невооруженным глазом, однако теоретические основы психоанализа и патогенетической психотерапии настолько различаются методологически, что отнесение патогенетической психотерапии к разновидности психоанализа вызывает сомнение. Дело в том, что сам вопрос об отнесении патогенетической психотерапии к психоанализу не совсем корректен, поэтому и ответ вызывает затрудне-

ние. Как мы отмечали, такие же трудности испытывала и Хорни, когда пыталась ответить на вопрос, является ли ее система психоанализом. На самом деле ответ содержится в названии этой главы: «от... к». Психоанализ развивался в направлении преодоления «фрейдизма». Уэллс пишет что к концу жизни Фрейд, радуясь популярности своей системы в Соединенных Штатах, горько сетовал на то, что ее серьезно «выхолостили». Последовательность этапов «выхолащивания», или «преодоления фрейдизма», предстает в следующем виде: ортодоксальный психоанализ (фрейдизм)—ревизованный психоанализ (классический)—реформированный психоанализ (неофрейдизм)—патогенетическая психотерапия. В этой цепи система Хорни, например, является промежуточным этапом преодоления, патогенетическая же психотерапия — завершающим. Таким образом, *патогенетическую психотерапию надо воспринимать как «преодоленный психоанализ»*. Патогенетическая психотерапия не только преодолела заблуждения классического психоанализа, но и вскрыла «основной дефект», характерный для всех динамических систем, будь то индивидуальная психология Адлера, анализ Хорни, интерперсональная психотерапия Салливена, динамическая психиатрия Аммона и др.

Патогенетическая психотерапия — это развивающаяся система, открытая для интеграции с другими методами на основе ее теоретических основ, целей и задач. Интегрировав групповую динамику, что позволило ей расширить терапевтический потенциал для реконструкции нарушенной системы отношений, она преобразилась в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова. Современный этап характеризуется движением в направлении создания интегративной модели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Глава 4
Патогенетическая психотерапия

Создателем патогенетической психотерапии является выдающийся русский психиатр и психолог Владимир Николаевич Мясищев (1893–1973). Свой метод он развил на основе разработанной им концепции психологии личности. В государственном архиве сохранился фундаментальный доклад В. Н. Мясищева «Проблема личности в психологии и психопатологии», с которым он выступил в июне 1935 г. Автор подчеркивал: «Личность человека рассматривается и характеризуется нами в первую очередь с точки зрения ее сознательных отношений к окружающей действительности, в отличие от обычного понимания, рассматривающего ее как систему функций». Таким образом, к середине 1930-х гг. В. Н. Мясищевым была сформулирована собственная концепция психологии личности и методов ее изучения и воздействия на нее в целях лечения или воспитания. Концепция невроза и патогенетической психотерапии были изложены В. Н. Мясищевым в двух статьях того же времени: «О патогенезе и структуре невроза» и «О генетическом понимании психоневрозов».

Владимир Николаевич Мясищев родился в городе Фридрихштадте (Лифляндская губерния России) в семье юриста, выпускника Императорского Харьковского университета, долгое время работавшего в Лифляндии мировым судьей. Мать В. Н. Мясищева была дочерью врача. В. Н. Мясищев рано потерял отца, и семье пришлось переехать в г. Николаев, где он окончил Александровское реальное училище в 1912 г. Разносторонне одаренный юноша поначалу стремился к музыкальной карьере, но травма руки, полученная при падении с лошади, помешала осуществить желаемое. В 1912 г. он поступает на медицинский факультет Санкт-Петербургского психоневрологического института, на первом курсе которого увлекается лекциями и семинарами профессора психологии, доктора медицины, выдающегося русского психолога А. Ф. Лазурского. В 1914 г. появилась первая научная работа

В. Н. Мясищева — «Научно-характерологический анализ литературных типов» (по трилогии Л. Н. Толстого «Детство, отрочество, юность»). Психоневрологический институт В. Н. Мясищев закончил в 1919 г., ибо ему ввиду денежных затруднений приходилось работать, прерывая учебу. В. Н. Мясищев не без гордости писал, что в 1919 г. по предложению академика В. М. Бехтерева, который его знал по студенческой работе, он приехал в Петроград и был зачислен по окончании института исполняющим обязанности ординатора на кафедру психиатрии. Работая на этой кафедре, В. Н. Мясищев одновременно являлся врачом-интерном Воспитательно-клинического института для нервно-больных детей, которым руководил В. М. Бехтерев.

В 1921 г. В. Н. Мясищев одновременно стал работать в Институте мозга, организованном В. М. Бехтеревым, вначале в качестве научного сотрудника, затем действительного члена, профессора и заведующего сектором психиатрии. В те же годы В. Н. Мясищев начал самостоятельную преподавательскую деятельность, читая курсы индивидуальной и общей психологии в Педагогическом институте им. А. И. Герцена, а с 1945 г. он состоял бессменным профессором Ленинградского университета, где читал курс психопатологии и психологии. На протяжении всей своей трудовой деятельности В. Н. Мясищев являлся сотрудником Психоневрологического института, а с 1939 г. и на протяжении около 20 лет был директором этого учреждения, носящего теперь имя В. М. Бехтерева. Клиническая практика В. Н. Мясищева протекала здесь же, в созданном им еще в 1920-е гг. отделении неврозов и психотерапии. Коллектив этого отделения, возглавляемый учеником В. Н. Мясищева Б. Д. Карвасарским, продолжает развивать учение В. Н. Мясищева, разрабатывая различные аспекты патогенетической психотерапии.

Ранние работы В. Н. Мясищева посвящены исследованию трудовой деятельности человека и трудовому воспитанию детей. Он обосновывал необходимость особой научной дисциплины — эргологии, призванной комплексно изучать процессы труда на основе данных психологии, физиологии, педагогики и других наук.

Затем последовал целый ряд его разработок в области нейрофизиологии: работы по типологии сочетательно-рефлекторной деятельности человека, работы по изучению кожно-гальванических показателей нервно-психического состояния человека. Известны также его исследования типов личности и характера. Однако непреходящее значение для психологии, медицины и педагогики имеет разработанная В. Н. Мясищевым концепция отношений личности в норме и патологии.

В. Н. Мясищев опубликовал свыше 250 работ, в том числе 3 монографии. Особую известность получил его труд «Личность и неврозы», представляющий собой собрание избранных статей, удостоенный в 1960 г. премии им. В. М. Бехтерева.

Признанием заслуг В. Н. Мясищева государством было избрание его в 1964 г. членом-корреспондентом Академии педагогических наук СССР, а также присвоение ему в том же году почетного звания «Заслуженный деятель науки РСФСР».

Основные концепции

Психология отношений

При изложении своей концепции В. Н. Мясищев придерживается методического принципа изучения природы — изучения ее объектов в процессе их взаимоотношения с окружающим миром. Естественно, что и человек в его свойствах и возможностях познается в соотношении с объективной действительностью. В отличие от животных в соотношении с окружающим человек выступает в роли субъекта — деятеля, сознательно преобразующего действительность. Изучение человека в его соотношении с окружающим выявляет его особые качества и позволяет раскрывать его внутренний мир.

Необходимо различать понятия *соотношение* и *отношение*. Говоря о соотношении, следует иметь в виду такую связь, в которой не выступает различие роли двух объектов связи. Понятие же отношения возникает там, где есть субъект и объект отношения. Именно у человека такой характер связи выступает с полной отчетливостью, животное же (здесь В. Н. Мясищев цитирует К. Маркса и Ф. Энгельса) не относится ни к чему и вообще не «относится» — для животного его отношение к другим не существует как отношение.

Отношения человека представляют, по В. Н. Мясищеву, сознательную, избирательную, основанную на опыте, психологическую связь его с различными сторонами объективной действительности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях.

Виды отношений. Отношение как связь субъекта с объектом едино, но в многообразии отношений выступают более или менее отчетливо отдельные компоненты, которые В. Н. Мясищев называет также час-

тичными отношениями, сторонами отношения или видами его. Эти стороны тесно связаны с характером жизненного взаимодействия, включающего самые различные моменты от обмена веществ до идейного общения. В. Н. Мясищев различает две основные стороны единого предметного отношения, которые глубоко коренятся в филогенетическом и историческом прошлом человека.

Одну сторону основного отношения представляют *потребности*. Потребности одними авторами рассматривались как самостоятельная психологическая категория, другими — относились к волевым проявлениям, третьими — включались в систему характеристики личности. Хотя все эти точки зрения имеют частичное основание, но наиболее правильно, по мнению В. Н. Мясищева, рассматривать потребности в системе отношений к действительности. Потребности, по В. Н. Мясищеву, представляют собой конативную (волевую) тенденцию индивида к овладению объектом. Потребности входят в сферу отношений потому, что составляющими компонентами этого понятия являются: а) субъект, испытывающий потребность; б) объект потребности; в) своеобразная связь между субъектом и объектом. В основе этой связи (отношения) лежит определенная функциональная нейродинамическая структура, проявляющаяся в тяготении к объекту и в активной устремленности к овладению им.

Вторую сторону основного отношения представляет *эмоциональное отношение*. На ранних (примитивных) стадиях эволюции отношения имеют недифференцированный характер. В процессе развития на уровне еще не сознаваемых отношений высокоорганизованного животного (собака, обезьяна) вычленяется вторая сторона первоначального двуединого (эмоционально-волевого) отношения — эмоциональное отношение. У человека оно проявляется в привязанности, любви, симпатии и их противоположностях — неприязни, вражде, антипатии.

Эмоциональная сторона отношений рассматривалась в психологии в рамках категории чувств. По мнению В. Н. Мясищева, область чувств (эмоций) охватывает три разнородные группы явлений — эмоциональные реакции, эмоциональные состояния и эмоциональные отношения. Дружба, любовь или неприязнь и ненависть не могут быть отнесены ни к эмоциональным реакциям (таким, как гнев, страх, тоска), ни к эмоциональным реакциям (таким, как удовольствие или неудовольствие).

В каждом психологическом факте в той или иной степени включены три аспекта, или три компонента, душевной деятельности — позна-

вательный, волевой и эмоциональный, а в различных видах процессов психической деятельности, состояний и отношений они выступают различно. В. Н. Мясищев одной из важных проблем психологии считал разработку вопросов структуры в области психических образований, в частности в области отношений.

Некоторые отношения могут выступать как относительно самостоятельные образования; это интересы, оценки, убеждения. В. Н. Мясищев ссылается на исследования, в которых *интерес* рассматривается как особый вид отношения, в частности отношения к образованию, работе и т. д.

Ответственное отношение к своим обязанностям является выражением морально-правовых отношений человека: оно, вырастая из требований родителей, учителей, начальников, становится долгом, совестью. Моральное формирование личности основывается не только на требованиях, но и на знании образцов, на процессе сопоставления своих действий и поступков с образцами, с оценкой. Этот внутренний процесс приводит к образованию *оценочных отношений*, формирующихся в связи с этическими, эстетическими, юридическими и другими критериями поступков и переживаний человека.

Система требований в сочетании со знанием действительности, особенно общественной, формируют *убеждения* человека, которые не только являются представлением о том, какова фактически существующая действительность, но и выражают представление о том, какой она должна быть. В соответствии с убеждениями формируются эмоциональные реакции и активная (волевая) готовность бороться за осуществление сложившихся убеждений в жизни.

В. Н. Мясищев неоднократно обращал внимание на недостаточную разработанность проблемы отношения, а также на ее отграничение и связь с близкими, но не тождественными понятиями. Сюда относится *направленность*, которая представляет собой доминирующее, то есть господствующее и определяющее отношение. В. Н. Мясищев пользовался также термином *значимость*. Преимущественно в социальной психологии встречается термин *ценностная ориентация*, соответствующий понятию оценочных отношений. Достаточно широкое распространение получил термин *позиция*, которым иногда пользовался и В. Н. Мясищев. Понятие *установки* Д. Н. Узнадзе, то есть готовности человека к определенной реакции — бессознательной и основанной на потребности, также является близким. Во всех этих понятиях, указывает В. Н. Мясищев, нет полной согласованности, но видны поиски целостного и обобщающего

подхода к исследованию человека в связи с окружающей его по большей части социальной средой.

Теория личности

В. Н. Мясищев характеризует личность прежде всего как систему отношений человека к окружающей действительности. Самое главное и определяющее личность — ее отношения к людям, являющиеся одновременно взаимоотношениями. Субъективное отношение, отчетливо проявляясь в реакциях и действиях, обнаруживает свою объективность, а индивидуально-психологическое становится социально-психологическим. Поскольку отношения определяют действия, реакции и переживания человека, они являются движущей силой личности.

Психологи неоднократно отмечали, что у личности могут преобладать органические, личные или общественные цели, мотивы или потребности. В связи с этим, характеризуя личность, обычно говорят о ее направленности. В. Н. Мясищев считает этот термин не вполне удовлетворительным. По В. Н. Мясищеву, в сущности речь идет о доминирующих отношениях, то есть о большей или меньшей активности, реактивности, аффективности в отношении к тем или иным объектам. Так, доминировать могут «животные», конкретно личные или идейные интересы. Подобно тому как объекты окружающей действительности имеют разную важность для человека, в системе его отношений имеется иерархия господствующих и подчиненных отношений. Эта система постоянно меняется, развивается, но всегда определяющую роль играют отношения между людьми, в целом обусловленные структурой общества.

В. Н. Мясищев выделяет четыре компонента характеристики личности.

1. *Доминирующие отношения* личности. С вопросом о доминирующих отношениях связаны вопросы о том, для чего живет данный человек, что для него является смыслом жизни: руководят ли им социальный идеал блага или цели личного преуспеяния, либо человек не ставит перед собой отдаленных задач и целей, еле справляясь с повседневными заботами. Тесным образом связана с проблемой личности, ее целей, отношений, проблема счастья.

2. *Психический уровень* человека. Это не только уровень его желаний, но и уровень его достижений. Определить данный уровень — значит ответить на вопросы: чего достиг человек, каковы его возможно-

сти, какой след он оставил в жизни общества? Иначе говоря, каково историческое значение личности. Богатство личности определяется богатством ее опыта, прежде всего общественно-трудового, культурного опыта, основанного на богатстве общественных связей в широком смысле слова.

Богатство личности, выражая уровень ее развития, неразрывно связано с ее сознательностью и самосознанием, под которым подразумевается способность личности правильно отражать действительность в ее настоящем и прошлом, а также предвидеть будущее, правильно оценивать себя самого и свое место в действительности.

Уровень развития личности одновременно является уровнем развития ее функциональных возможностей, ее интеллектуальных, волевых и эмоциональных свойств.

Аспекты общественного и культурного развития личности полностью не совпадают. Общественное развитие человека выражается той ролью, которую играют в его поведении общественные интересы по сравнению с личными. Культурный же уровень личности выражается соотношением идейных элементов индивидуального опыта и органических (витальных) импульсов поведения.

3. *Динамика реакций* личности. Она соответствует тому, что в психологии называется темпераментом, а в физиологии И. П. Павлова — типом высшей нервной деятельности.

В. Н. Мясищев подчеркивает, что, во-первых, темперамент проявляется во всех сторонах личности, в том числе в ее интеллектуальной и идейной жизни; во-вторых, темперамент обнаруживается лишь в области активных отношений личности; в-третьих, темперамент также может меняться под влиянием жизненных условий.

4. *Взаимосвязь основных компонентов,* или *общая структура* личности. Сюда относятся пропорциональность, гармоничность, цельность личности, ее широта и глубина, ее функциональный профиль, то есть соотношение различных свойств психики или то, что по преимуществу называют характером личности.

Эта сторона важна для понимания таких волевых и моральных свойств, как устойчивость, настойчивость, выдержка, самообладание, отзывчивость, внимание к человеку, принципиальность, честность и противоположные им отрицательные качества. В названных свойствах, как в едином узле, связываются доминирующие отношения человека с уровнем его развития в целом, в отдельных сторонах и в динамике темперамента.

Разрабатывая теорию личности, В. Н. Мясищев уделяет внимание также вопросу ее развития. Проблему развития личности В. Н. Мясищев связывает с характеристикой ее отношений на разных этапах развития. Существенным для определения уровня развития является структура отношения к действительности. В ранней стадии у ребенка, собственно, нет отношений, его реакции обусловлены импульсами непосредственного удовлетворения своих органических влечений. В дальнейшем развитии они крайне неустойчивы, импульсивны, непосредственно обусловлены аффективным состоянием или аффективной реакцией, вызываемой предметами и лицами окружающей действительности. Дальше завязываются определенные отношения с действительностью, имеющие еще непосредственно-эмоциональный, конкретно-личный характер, определяясь привязанностью или враждой, интересом и т. п. Параллельно с формирующимся сознанием объективной действительности у ребенка возникает объективная мотивировка отношений, и он начинает действовать в силу сознания необходимости подчинять непосредственные побуждения, желания и эмоции опосредованным мотивам. На самом высоком уровне развития в связи с ростом его общественных связей, с развитием абстрактного мышления его отношения расширяются, приобретают осознанно мотивированный, принципиально обоснованный характер, причем внешние требования осознаются личностью как необходимость, и, подчиняясь им, принимая их, личность делает их внутренним принципом своего поведения.

Первые шаги развития ребенка протекают обычно в семейной среде. Здесь устанавливаются первые общественные связи. В дальнейшем развитие ребенка может пойти путем расширения положительных общественных связей, переключения в более широкую общественную среду, например школьную. Общественный контакт, его прочность, устойчивость или хрупкость, его объем (широкий, ограниченный или избирательный), замкнутость, сосредоточенность на себе, индифферентизм, агрессивные установки — все обусловлено опытом общественного развития ребенка. Поведение, исходящее из мотивов личного или общественного интереса, в частности общего интереса детей одной школы, профессиональной группы, народа или класса, отражает одновременно и уровень развития отношений, то есть общественного сознания, и их направленность. Это отношение, формируясь в процессе общественно-трудового опыта и в связи с его особенностями, отливается в систему взглядов материалистически-реалистическую или мистически-идеалистическую.

Способ включения в общественную деятельность, в частности степень, форма, возраст привлечения к труду, радикально отражаются на всем взаимоотношении личности и действительности, рано формируют рабочие или паразитарные установки, трезвый или мистически-нереальный взгляд на вещи, действенность или пассивность, — словом, всю структуру личности ребенка.

Проблему *движущей силы* развития человека В. Н. Мясищев рассматривал с философско-психологической точки зрения следующим образом. В процессе развития слепые силы влечения организма превращаются в осознанные потребности, инстинктивное приспособление к природе и социальной среде становится все более сознательным и планомерным, включающим не только приспособление к действительности, но и преобразование ее.

Развитие есть постоянная борьба противоположностей. Одной из сторон развития личности является нарастание и обогащение системы ее возможностей и потребностей (требований к жизни). Вместе с тем предъявляет ряд требований к человеку и предоставляет ему определенные возможности окружающая действительность. Борьба и единство противоположностей здесь заключаются в том, что жизнь создает меняющиеся условия (общественные требования и возможности), которые сталкиваются с имеющимися у человека потребностями и его внутренними возможностями и побуждают его к освоению нового и переделке самого себя, в результате чего у него возникают новые потребности и новые внутренние возможности. Личность, изменяясь, развивается, меняется и характер ее отношения к действительности. Но последняя также изменяется. Весь этот спиралевидный процесс развития с наполняющими его борьбой, овладениями и преодолениями составляет основное содержание развития личности, в ходе которого она выступает не пассивным объектом, а все более активным и сознательным субъектом.

Концепция невроза

Невроз — психогенное расстройство

В. Н. Мясищев рассматривал невроз прежде всего как функциональное, психогенное нервно-психическое заболевание, вытекающее из тяжелых переживаний личности, неразрывно связанных с условиями ее жизни. Здесь возникают следующие вопросы.

1. Какие переживания или какие качества переживаний являются патогенными?
2. При каких условиях переживания становятся патогенными?
3. Когда из переживания возникает болезненное состояние?
4. Какова нейрофизиологическая природа переживания?

Какие переживания или какие качества переживаний являются патогенными? Ответ, что патогенным является тяжелое, потрясающее переживание, является неверным.

Во-первых, тяжелые потрясающие переживания в ряде случаев, как они ни тяжелы, как остро и глубоко ни переживаются личностью, не вызывают невроза, поэтому надо отличать сильное или потрясающее переживание от патогенного. Во-вторых, в ряде случаев острое психическое потрясение дает быстро проходящее болезненное состояние, которое следует рассматривать как реакцию и отличать от невроза.

Опыт показывает, что источники патогении весьма многообразны. Попытка привести их к одному знаменателю обычно искусственна. То, что не патогенно для одного, патогенно для другого, и наоборот — то, что для первого патогенно, для второго оказывается безвредным.

В связи с этим в формулу роли переживания В. Н. Мясищев вносит существенную поправку: при более глубоком анализе *переживание оказывается производным от личности переживающего*.

Человека связывают с действительностью любовь, дружба, вражда, обязанности, принципы, привычки и т. д. Некоторые из них более значимы, другие менее.

Достаточно взглянуть на любое глубокое переживание человека, чтобы убедиться в том, что в основе переживаний лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающего, что болезненные переживания являются лишь следствием нарушенных взаимоотношений.

Потеря работы, клевета, измена супруга, смерть ребенка, неудача в достижении цели, уязвленное самолюбие и т. п. являются источником болезненного переживания лишь в том случае, если они занимают центральное или по крайней мере значимое место в системе отношений личности к действительности. Их значимость является условием аффективного напряжения и аффективной реакции.

При каких условиях переживания становятся патогенными? В ряде работ, еще до Фрейда, в разной формулировке эти условия определялись то как конфликт, то как коллизия, то как несоответствие, то как

противоречие. Однако вопрос этот освещался слишком абстрактно. На первый взгляд источник патогении заключается прежде всего в том, что требования, потребности, стремления, желания личности не удовлетворяются теми или иными моментами действительности.

Однако известное несоответствие (конфликт) между потребностями и возможностями их непосредственного удовлетворения является существенным моментом в развитии личности: несоответствие мобилизует нашу деятельность, заставляет нас напрягаться, активирует нас. Достижение поставленной цели упражняет и развивает наши нервно-психические функции. Вчерашнее «противоречие» сегодня исчезает, достигается поставленная цель, в связи с психическим ростом повышается уровень потребностей, это влечет за собой новые цели и новые задачи. Таким образом, само *противоречие или несоответствие между потребностью и возможностью ее удовлетворения, целью и возможностью ее достижения приводит к психоневрозу только тогда, когда оно продуктивно не разрешается*: цель не достигается и потребность не удовлетворяется.

Когда из переживания возникает болезненное состояние? Далеко не всегда неудачи и потрясения порождают невроз. В. Н. Мясищев перечисляет следующие источники патогенности противоречия (конфликта):

а) особенности личности, создающие трудности в общении с другими людьми, как это бывает у лиц агрессивных, претенциозных, упрямых, взбалмошных, сенситивных и т. п.;

б) случаи, при которых личность не может найти рационального, продуктивного решения конфликта в силу известных обстоятельств: когда средства активного воздействия на ситуацию для достижения целей оказываются гораздо ниже уровня потребностей или притязаний личности;

в) случаи, когда действительность не представляет пассивного объекта воздействия: она активно препятствует и помогает субъекту, дает ему средства и возможности и в то же время предъявляет к нему требования;

г) случаи, при которых объективные условия делают противоречие неразрешимым, например: человек теряет своего близкого или средства достижения цели (певец теряет голос и т. п.). Возникает уже вопрос не о разрешении задачи и преодолении трудностей, а о признании и подчинении реальной необходимости. Здесь опять-таки требуется известный фонд психиче-

ских средств для того, чтобы понять неизбежность отказа и найти новые пути в жизни.

Патогенность ситуации, таким образом, заключается в неумении рационально, иначе — продуктивно преодолеть трудность или в неспособности отказа от неосуществимых стремлений.

Понятие патогенной ситуации широко используется, но часто его неправильно отождествляют с понятием внешних условий. Приводящая к неврозу патогенная ситуация характеризуется ее индивидуальной и относительной неразрешимостью, то есть неразрешимостью для данного субъекта в данной обстановке, его неспособностью или неумением найти продуктивный, рациональный выход в данных условиях.

Какова нейрофизиологическая природа переживания? В условиях неразрешенного противоречия в огромной степени нарастает нервно-психическое напряжение, прежде всего аффективное напряжение. Оно, в свою очередь, обостряет противоречие, затрудняя рациональное решение, создавая конфликты, повышая неустойчивость и возбудимость человека, углубляя и болезненно фиксируя переживания.

Нарастающее и неразрешающееся напряжение создает вначале лишь предпосылки к возникновению невроза, в дальнейшем же влечет за собой психическую и физиологическую дезинтеграцию личности, которая проявляется уже в картине заболевания. Аффективность становится чрезмерной и фиксированной. Волевое управление, самоконтроль нарушаются и сменяются картиной безволия и всплесками односторонних и непродуктивных напряжений. Место объективного, логического мышления занимает субъективное фантастическое, символическое, кататимное.

Многочисленные проявления вегетативных висцеральных нарушений основных функций организма — сна, аппетита и т. п. — являются выражением глубоких физиологических сдвигов.

Функциональная дезорганизация личности, таким образом, сказывается в нарушении как сложных, высших, психосоциальных форм поведения (психической переработки), так и более элементарных физиологических реакций.

Вывод. Все изложенное позволяет рассматривать невроз как психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болез-

ненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворение потребностей, недостигнутая цель, невосполнимые потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности.

Таким образом, противоречие само по себе не создает невроза; необходимым условием является нерациональное и непродуктивное его разрешение, субъективный, иррациональный, связанный с повышением аффективности способ переработки. Аффективное напряжение, в свою очередь, не представляет еще невроза, но тогда, когда оно дезорганизует психическую и соматическую деятельность, мы имеем дело с болезнью — неврозом.

Типы невротических конфликтов

Анализ различных отношений, существующих между картиной отдельных невротических синдромов и характером патогенных условий, позволил В. Н. Мясищеву описать три основных типа невротических конфликтов: неврастенический, истерический, обсессивно-психастенический.

Неврастенический конфликт — это противоречие между актуальными возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями и требованиями к себе, которые соответствуют требованиям окружающего, с другой стороны. Источником болезни является то, что личность не умеет при данной конкретной ситуации справиться со стоящей перед ней задачей даже при самом активном стремлении разрешить эту задачу. Противоречие заключается в относительном несоответствии между возможностями или средствами личности и между требованиями действительности. Эта, как говорилось выше, ситуативная недостаточность личности покрывается мобилизацией ее внутренних ресурсов, мобилизацией усилий человека с максимальным доступным личности использованием внешних возможностей. Не умея найти правильного разрешения задач, при максимальных усилиях, человек перестает справляться с работой, утрачивается или снижается его продуктивность. Вместе с тем его организм дезорганизуется в функциональном отношении, то есть расстраиваются его нервно-психические функции: снижается внимание, обостряется аффективность, появляются озабоченность, тревога и неуверенность, нарушаются сердечная деятельность, желудочно-кишечные и другие функции.

Такой характер противоречия чаще всего наблюдается в условиях психогенного возникновения неврастенического синдрома.

Истерический конфликт. Этот тип противоречия встречается в тех случаях, когда личность вступает в конфликт с различными моментами окружающей ее действительности, не находя удовлетворения своих требований, стремлений или когда действительность выдвигает требования, идущие вразрез с субъективными требованиями личности. Характерная картина патологической переработки такого противоречия часто встречается при истерическом синдроме. Характерное для истерии несоответствие между требованиями, потребностями личности и ее реальными внутренними ресурсами сочетается со склонностью недооценивать или игнорировать объективные реальные условия и вытекающим отсюда перевесом требовательности к окружающему над требованиями к себе и критическим отношением к себе, характеризующим истерическую претенциозность.

По отношению к истерии Фрейд указывал на то, что в ее основе лежит неосуществленное желание. В. Н. Мясищев соглашается с тем, что патогенным стержнем истерического образования являются неудовлетворенные тенденции, потребности, желания, иррационально перерабатываемые личностью. Однако это не дает права рассматривать истерические явления как целесообразные приемы и говорить о выигрыше от болезни, как это делают, например, Фрейд, Адлер и др. По мнению В. Н. Мясищева, при этом можно лишь говорить, что истерия действительно имеет цель и желание, но не в болезни эта цель и желание, а болезнь есть патологическое выражение неудовлетворенного желания.

Совершенно иной характер противоречия в истерии по сравнению с неврастенией выдвигает совсем другие черты в болезненных проявлениях. Эгоцентризм при противопоставлении себя действительности должен выступать несравненно ярче. Тенденциозно-личный характер аффективности — агрессивность и претенциозность, конфликт с действительностью — является и следствием и причиной относительного перевеса аффекта над логикой у истерика. Уловки, фикция и обман могут быть следствием и причиной истерического столкновения с неудовлетворяющими и травмирующими ее сторонами. Поэтому истерия выступает прежде всего как «конфликтный» невроз, где конфликт, однако, происходит у личности не столько с самим собой, сколько с теми или иными внешними обстоятельствами, хотя сам больной в ряде случаев является их виновником. Он не может ни подчинить действительность своим требованиям, ни отказаться от них, подчиняясь действительности.

Обсессивно-психастенический конфликт. Этот тип конфликта наблюдается, когда человек заболевает в условиях противоречивых влияний, приводящих к противоречивым внутренним тенденциям. Личность как бы внутренне расщепляется, и этот «внутренний конфликт» или внутреннее раздвоение характерны для невроза навязчивых состояний.

Борьба между желанием и долгом, между принципами и личными привязанностями, между инстинктивными влечениями и этическими надстройками представляет собой типичный случай этих внутренних конфликтов.

Неразрешающееся напряжение наиболее ярко выражается в состоянии нерешительности, сомнения, при котором личность колеблется в борьбе двух противоположных тенденций, причем или ни одна не приобретает перевеса — и человек страдает сомнениями, нерешительностью, раздвоением личности, или же одна из двух тенденций приобретает перевес, но, встречая противодействие другой, обнаруживается в навязчивом симптоме.

Механизм возникновения болезненных симптомов еще недостаточно ясен. Он ярче всего проявляется в символической обсессии, например в навязчивых ритуальных действиях, значение которых может быть понято только на основе их генетического анализа, позволяющего установить тесную связь между симптомами болезненного состояния и характером внутренних противоречий.

Смешанный тип конфликта. Патогенные ситуации, которые создаются у личности, могут меняться и быть множественны. Так, человек может напрягаться сверх меры и вместе с тем быть в сильнейшем конфликте, например выполнять напряженную и ответственную работу, отрицательно относясь к ней, быть неудовлетворенным своим положением и испытывать острое чувство неполноценности. Эмоциональное напряжение истощает, а конфликт и неудовлетворенность, из которых нет выхода, создают истерические тенденции. Эта комбинация противоречий оправдывает столь распространенный в практике термин «истероневрастения». Возможны и другие комбинации конфликтов.

Попытка вывести клиническую картину непосредственно из характера противоречия является, по мнению В. Н. Мясищева, довольно грубым упрощением. В каждом конкретном случае мы имеем комбинацию ряда противоречивых тенденций, в которых внешние и внутренние моменты участвуют в разном соотношении и при которых не всегда с первого взгляда можно установить истинный смысл противоречивой ситуации.

Возникает вопрос: может ли конфликт психастенического типа (например, противоречие чувства долга и любви) дать картину истерического состояния? В. Н. Мясищев утвердительно отвечает на этот вопрос. Он приводит пример женщины с развитым сознанием общественного долга, которая выдает мужа, узнав, что он фальшивомонетчик, но выдав, заболевает истерией. Здесь был конфликт внутренних тенденций (психастенический) — любви к мужу и сознания долга. Но, после того как муж был потерян, конфликт стал внешним (истерическим) — больная не может примириться с потерей мужа и заболевает, а когда примиряется с этим, тогда выздоравливает.

В другом примере, приводимом В. Н. Мясищевым, в патогенной ситуации с женщиной, которая дает картину истерического невроза, на первый взгляд — внутренний конфликт: борьба между желанием бросить мужа и жалостью к нему. При ближайшем рассмотрении оказывается, что больная не бросает мужа потому, что ей некуда переехать, и в сущности жалость к мужу лишь демонстрируется больной, но большой роли не играет, а отсюда и вывод о том, что здесь в основном конфликт не личности с собой, а с внешними моментами действительности — между желанием бросить мужа, несмотря на жалость, и невозможность уехать от него.

Таким образом, связь между патогенетической сущностью и патологическим проявлением и истинный характер сложного противоречия открываются только после тщательного анализа.

Особенности характера

Патогенные источники невроза, по убеждению В. Н. Мясищева, нужно искать не столько в абсолютных качествах психики и условиях жизни, сколько в соотношении первых со вторыми. Поэтому он резко возражал против абстрактных положений о конституциональной обусловленности невроза, о слабости нервной системы, о той или иной недостаточности нервной системы.

Невроз может возникнуть без всякого предрасположения у лиц, до того здоровых, ничем не отягченных. Этим, конечно, не исключается совершенно роль конституции, предрасположения, слабости нервной системы. Общеизвестные факты показывают, что чем слабее нервная система, тем скорее заболевает человек. Но более важным для понимания природы невроза В. Н. Мясищев считал вопрос о так называемой ситуативной недостаточности, которая проявляется в том, что и сильные и испытанные жизнью люди не справляются с известными

ситуациями, тогда как многие лица с так называемой слабой нервной системой и астеничной психикой справляются с аналогичными ситуациями и не заболевают. Так, для гипертимного человека монотонно однообразная обстановка трудновыносима, тогда как для вялого и астеничного она оказывается желательной и, наоборот, трудной оказывается обстановка напряженных требований. Здесь по ходу дела отметим, что идея ситуативной недостаточности впоследствии была переработана А. Е. Личко и трансформирована им в понятие «места наименьшего сопротивления» акцентуированной личности.

Далее В. Н. Мясищев предупреждает против формального, абстрактно обобщенного определения психических свойств личности. Говоря о твердости — слабости, решительности — нерешительности, самоуверенности — неуверенности в себе, смелости — робости, самообладании и его отсутствии, нужно всегда помнить, что в разных обстоятельствах человек может обнаружить разную степень этих качеств или даже противоположные черты.

Было бы ошибкой также рассматривать качества личности вне их соотношения друг с другом. Так, импульсивность представляет избыток возбудимости и недостаток торможения, фантазирование — перевес эмоциональности и недостаток критики. Эгоизм является изнанкой самоотверженности и отзывчивости. Патогенная роль этих соотношений оказывается в том, что подчас уступчивый астеник может иметь меньше шансов к патогенному конфликту по сравнению со стеничным, сильным, настойчивым, но негибким и упрямым человеком.

Черты характера, по В. Н. Мясищеву, представляют структурное объединение, в котором сказывается отношение личности к окружающему, темперамент и качества интеллекта. Неуверенность в себе является и выражением самооценки, и выражением взаимоотношения с окружающим, а также показателем способности критической оценки, проявлением астенического темперамента. Аффективная вязкость — это и острота впечатления, и длительность его, относительно недостаточная интеллектуальная переработка и затрудненное отреагирование; вместе с тем она существует не для всех явлений действительности, но преимущественно в определенной области эмоционально значимых отношений. Мнительность выражает одновременно внимательное отношение к себе, неуверенность в себе, настороженно недоверчивое отношение к окружающим. Она вырастает на основе пассивной позиции чувствительного и астенического человека, достаточного в интеллектуальном и недостаточного в волевом отношении.

В. Н. Мясищев отказывается от перечисления всего многообразия черт характера, могущих иметь патогенетическое значение. Он отмечает лишь два момента, которые особенно заметно выступают в характере больных неврозами, явно затрудняя благополучное разрешение болезненной ситуации. Это: 1) перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим с относящимися сюда разнообразными чертами импульсивности, кататимности, эгоцентризма, упрямства, сенситивности, фантастичности и т. д.; 2) перевес аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающей вязкие доминанты болезненных переживаний.

В. Н. Мясищев подчеркивает, что связь невроза с характером не значит, однако, что невроз представляет собой развитие и усиление преморбидных черт. Часто у больного обнаруживаются черты, не соответствующие преморбидному характеру. Так, человек тревожно-мнительного или психастенического характера не обязательно заболевает психастенией, а может дать картину неврастении, и наоборот, ранее уверенный и стеничный может в болезненном состоянии превратиться в робкого и нерешительного.

Генетическое понимание невроза

Понимание сущности невроза предполагает установление связи между картиной болезненного состояния, процессом ее возникновения и между причиной, ее вызывающей. Если ближайшие причины заболевания заключаются в личности, в ее взаимоотношениях с условиями, в неправильной переработке последних, то *отдаленной причиной невроза являются условия истории развития личности*.

Генетическое понимание освещает несколько сторон в развитии невроза: во-первых, невроз является болезнью личности, а сама личность в каждый момент представляет результат ее индивидуальной истории развития, во-вторых, личность развивается в определенных культурных, экономических, политических условиях, определяющих и характер личности, и причины возникновения невроза.

В. Н. Мясищев выделял две основные формы невроза, которые определяются соотношением истории личности и истории невроза.

Первая форма — невроз как патологическое развитие. Здесь конституциональные врожденные факторы имеют значение лишь одного из условий, а основную роль играет процесс развития — в определенных внешних условиях. Эта форма может быть названа невротическим развитием, и здесь В. Н. Мясищев подчеркивает роль ситуации раннего детства, подтверждая в этом отношении некоторые утвержде-

ния Фрейда. Однако это не означает признания сексуальной теории и инфантильной сексуальности и взгляда на невроз как регрессию к инфантильной стадии. Это значит только, что детство является наиболее пластичным периодом жизни.

Ситуации раннего детства формируют первые установки личности на окружающее, определяют ее связи с действительностью, направление и тип ее развития, способы переработки переживаний.

Поскольку семья является первой общественной ячейкой, которую находит ребенок, постольку неблагоприятные семейные взаимоотношения играют огромную роль в формировании социальных установок и являются первым источником невротических образований.

Роль неблагоприятно складывающихся взаимоотношений особенно возрастает в критических фазах, когда характер связи личности с действительностью и вся функциональная структура претерпевают существенные сдвиги, что позволяет рассматривать симптомокомплексы неврозов как инфантилизмы или частичные задержки развития у детей.

При невротическом развитии не острые конфликты, не потрясающие события, а вся обстановка, создающая противоречия с действительностью начиная с раннего детства, искажает ход развития личности, создавая патологические тенденции.

Вторая форма невроза — актуальный невроз — остро возникает у личности, до того здоровой, под влиянием тяжелого, острого переживания или трудноразрешимой противоречивой и напряженной ситуации. Здесь между историей личности и историей болезни не существует соответствия — характер личности до заболевания не отличается болезненными чертами невроза. Источники болезненного состояния лежат по преимуществу в трудной ситуации, но не во внутренней структуре личности.

При актуальном неврозе отмечаются тяжелые условия при нормальных тенденциях личности, а нарушение переработки может быть объяснено тяжестью ситуации; при неврозе развития личность и ее тенденции имеют болезненный характер и создают конфликтные ситуации, а патологические переработки представляют привычный и характерный для нее способ реагирования.

Критерии отграничения неврозов

Психозы, конституциональные психопатии, неврозоподобные органические расстройства вытекают, по мнению В. Н. Мясищева, не из нарушенных отношений, а из непосредственного нарушения функций.

Если при неврозе нарушаются взаимоотношения личности с действительностью и возникающий конфликт создает вторичное нарушение нервно-психической функции, то при органическом заболевании, при психозе мы имеем непосредственное поражение функций и субстрата, что обусловливает вторичное нарушение взаимоотношений с действительностью.

При психопатии нарушенные взаимоотношения возникают из врожденной недостаточности нервно-психических функций, препятствующих включению личности в систему общественных отношений.

Реактивные состояния (депрессия, страх, тревога) и острые аффективные реакции не имеют корней в особенностях личности, не нарушают в основном ее нормальной структуры и ее общих отношений к действительности и представляют относительно изолированный феномен. Это — усиленная и адекватная реакция на остро действующие, потрясающие события.

Концепция психотерапии

Патогенетическая (также психогенетическая) психотерапия Н. В. Мясищева является единственным динамически ориентированным подходом в России. Сам создатель этого подхода относил его к «рациональной» психотерапии, обосновывая это следующими соображениями. Термин «рациональная психотерапия» существует в двух вариантах формирования у больного правильных представлений о болезни: а) разъяснения, или логического доказательства неправильности представлений и реакций больного и правильного здорового понимания его положения; б) переубеждения больного и формирования у него правильных убеждений. Разъяснение, апеллирующее к рассудку больного, обычно малопродуктивно и в лечебном плане малорезультативно. В лучшем случае оно сопровождается грустным признанием больного: «Я понимаю, доктор, но справиться с этим не могу». Убеждение не только формирует правильное представление, но и обеспечивает действенность, регуляторную силу правильного представления. Эта сила возникает по мере того, как реорганизуются личность и система ее отношений к действительности. Реорганизация характеризуется тем, что ранее важное утрачивает свою значимость, возникают и начинают определять общественно адекватное поведение и переживания другие значимые мотивы. Меняются взгляды, убеждения и отношения.

Вольф Лаутербах располагает метод В. Н. Мясищева на шкале психотерапевтических подходов между рациональной психотерапией и каузальной (то есть терапией, которая лечит через вскрытие и осознание психологических причин расстройства). Патогенетические терапевты являются «рациональными» лишь постольку, поскольку имеют общие с последними цели — добиться понимания пациентом своих ошибок и необходимости измениться. Они добиваются этого путем последовательного осознания пациентом психологических причин (в понимании В. Н. Мясищева) своего расстройства.

В ходе патогенетической психотерапии в сознание пациента следует перевести материал, о котором И. П. Павлов говорил: «Надлежит отыскать вместе с больным или помимо него, или даже при его сопротивлении среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза».

Основная задача заключается в том, чтобы в процессе патогенетической психотерапии сам пациент уловил бы взаимосвязи истории его жизни, сформированных отношений, вытекающих из них неадекватных реакций на сложившуюся ситуацию и проявлений болезни — все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал.

Решающим моментом служит реконструкция нарушенных отношений больного. При этом речь идет не просто об изменении отношения к данному травмирующему обстоятельству, что само по себе не всегда возможно. Излечение наступает, если удается изменить систему отношений больного в целом, его отношения к миру, если изменяются в широком плане его жизненные позиции и установки.

В своей последней статье в 1973 г. В. Н. Мясищев еще более масштабно определил цели патогенетической психотерапии: принцип лечения заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта. Примером осуществимости и осуществления этого в стационарных условиях является вся творческая работа А. С. Макаренко, на блестящий опыт которого В. Н. Мясищев не раз ссылался. А. С. Макаренко писал, что среди его воспитанников были истерические субъекты и они выравнивались, перевоспитывались, становились полноценными людьми. Психотерапия, по В. Н. Мясищеву, представляет пограничную зону, в которой сочетаются лечение, восстановление и воспитание человека.

Индивидуальная форма патогенетической психотерапии

Задачи индивидуальной психотерапии

Задачи патогенетической психотерапии отражают поэтапный характер психотерапевтического процесса: от изучения личности пациента через осознание к изменению, то есть к коррекции нарушенных отношений больного и обусловленных ими неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов, ведущих к нарушению полноценного функционирования личности (Г. Л. Исурина, Б. Д. Карвасарский).

Конечные задачи психотерапии состоят в достижении терапевтических изменений в трех сферах: когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Однако степень изменений в этих трех сферах различна при индивидуальной и групповой формах психотерапии. Индивидуальная психотерапия в большей степени акцентирует когнитивный аспект изменений, и в этом отношении она обладает более мощным потенциалом по сравнению с групповой психотерапией (именно поэтому она и может быть отнесена к рациональной психотерапии); групповая же форма терапии больше связана с изменениями в эмоциональной и поведенческой сферах. Подчеркиваем, что речь здесь идет о потенциальных возможностях двух форм терапии, а не о том, в какой степени этот потенциал реализовывается в процессе терапии и на какой сфере изменений акцентирует свою работу терапевт.

Различия между индивидуальной и групповой психотерапией в аспекте формулирования терапевтических задач хорошо объясняются с помощью применения понятия «контур взаимодействия». При индивидуальной терапии общение ограничивается диадой «пациент—терапевт». Инструментом воздействия здесь выступает лишь психотерапевт, что ограничивает диапазон реального эмоционального воздействия и реальных вариантов поведения как в количественном плане, так и в качественном. Отношения терапевта и пациента не являются отношениями равных людей; иными словами, контур взаимодействия «терапевт—пациент» является скорее «вертикальным».

При групповой психотерапии инструментом воздействия выступает психотерапевтическая группа. Здесь складывается ситуация реального эмоционального взаимодействия, реального поведения, в которую систематически включены пациенты с широким диапазоном

различных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих реакций. При этом пациенты находятся в относительно равной позиции по отношению друг к другу — «горизонтальный» контур взаимодействия.

Благодаря этим особенностям центр тяжести индивидуальной психотерапии переносится на сферу интеллектуального осознания. Возможности же ее в непосредственной коррекции эмоциональной и поведенческих сфер ограничены, однако эти сферы не исключены полностью из психотерапевтического процесса, а прорабатываются опосредованно, через изменение когнитивного компонента отношения. Непосредственная же работа с эмоциональными и поведенческими стереотипами ограничивается взаимоотношениями «терапевт—пациент».

Учитывая специфику индивидуальной психотерапии, Г. Л. Исурина, Б. Д. Карвасарский следующим образом формулируют конкретные ее задачи в каждой из трех сфер.

Сфера интеллектуального осознания (когнитивный аспект)

В отличие от групповой психотерапии, в которой ведущей ориентацией является интеракционная, индивидуальная психотерапия в значительно большей степени ориентирована биографически. Из этого вытекает и различие в материале осознания: групповая психотерапия в большей степени ориентирована на интерперсональное осознание, а индивидуальная — на генетическое (историческое). Именно поэтому в центре внимания индивидуальной психотерапии оказывается биографический материал.

На основании анализа своей биографии пациент может осознать:

1) мотивы своего поведения, особенности своих отношений, эмоциональных и поведенческих реакций;
2) неконструктивный характер ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов;
3) связь между различными психогенными факторами и невротическими расстройствами;
4) меру своего участия в возникновении конфликтных и психотравмирующих ситуаций;
5) более глубокие причины своих переживаний и способов реагирования, коренящихся в детстве, а также условия формирования своей системы отношений.

Эмоциональная сфера

Индивидуальная психотерапия имеет дело не столько с «живыми» эмоциями (кроме отношений «терапевт—пациент»), сколько с их отражением, поэтому задачи в эмоциональной сфере в определенной степени также связаны с осознанием. Пациент может:

1) получить эмоциональную поддержку от психотерапевта, способствующую ослаблению защитных механизмов;
2) научиться понимать и вербализовать свои чувства;
3) испытывать более искренние чувства к самому себе;
4) раскрыть свои проблемы с соответствующими им переживаниями (часто скрытыми от самого себя);
5) произвести эмоциональную коррекцию своих отношений, модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования.

Поведенческая сфера

Пациент может корригировать свои неадекватные реакции и формы поведения на основании достижений в познавательной сфере.

Метод (процедура) индивидуальной терапии

Общие рекомендации

Ведущим психотерапевтическим лечением неврозов является метод перестройки отношений. Этот метод может быть назван глубокой психотерапией. Он дает возможность выяснить не только причины заболевания, известные пациенту, но и те из них, связь которых с имеющимися у него болезненными проявлениями ему неясна. Последнее хорошо понимал великий физиолог И. П. Павлов. На одной из клинических сред он говорил: «Может случиться, что и сам больной своей навязчивости не знает, позабыл или не догадался об этой связи... Связь существует, а как взялась — неизвестно».

Больным неврозами большей частью не ясны механизмы и источники возникновения невротических симптомов. Поэтому основная задача психотерапии прежде всего должна быть направлена на выяснение источников невротического состояния.

Психотерапия начинается с бесед терапевта с пациентом, нацеленных на выяснение его жизненной истории, истории развития заболевания, особенностей личности пациента, его отношений к окружающей действительности — к родным, семье, школе, товарищам, работе

и т. п. Во время бесед с пациентом от внимания терапевта не должно ускользать ни одно замечание пациента, ни одно сообщение его о, казалось бы, незначительном факте, ни реакция на него пациента.

Такое детальное выяснение биографических данных помогает терапевту путем сопоставления событий в жизни пациента с характером его реакций на них выяснять особенность сформировавшихся у него отношений, которыми и была обусловлена неправильная переработка внешних воздействий, послуживших толчком для развития заболевания. Таким образом постепенно раскрываются особенности патогенеза заболевания и источник возникновения невротических симптомов. Причем основные моменты, приводящие к раскрытию генеза заболевания, становятся понятными не сразу после сообщения пациентом детальных анамнестических сведений, а выясняются обычно постепенно в процессе длительной работы с пациентом.

Но одно понимание генеза терапевтом еще не является достаточным. Очень важно добиться понимания его самим пациентом. Необходимо помочь пациенту самому разобраться в причинах патогенных переживаний, возникших у него из-за неправильно сложившихся отношений, которые мешали разрешению встретившихся трудностей.

Важным условием успеха психотерапии является установление контакта терапевта с пациентом, положительное эмоциональное отношение пациента к процессу терапии. Терапевту следует проявлять большую доброжелательность к пациенту, искреннее участие в нем, заинтересованность в его излечении при беспристрастном объективном подходе к разбору причин его заболевания. Такое отношение быстро оценивается пациентом, располагает его к лечению, создает доверие и вызывает на откровенность. Вместе с тем излишнее внимание, заласкивание пациента, так же как и неровное к нему отношение, проявление неискренности, торопливости, приводят к замыканию его, к внешнему, формальному контакту. При пассивном отношении пациента к психотерапии утрачивается возможность раскрытия причин невроза. Эти отрицательные моменты препятствуют успеху психотерапии.

При завоевании терапевтом расположения пациента, благодаря правильному пониманию его переживаний растет авторитет терапевта, доверие к нему и развивается все более активное участие самого пациента в совместном критическом разборе жизненных отношений и обстоятельств. С этого момента, когда пациент начинает понимать причины развившегося у него невроза, он начинает все более раскрываться: сообщать о себе много новых существенных биографических данных, о кото-

рых раньше умалчивал из-за того, что считал их ненужными, не имеющими значения, либо из чувства неудобства, стыда, нежелания показать себя перед терапевтом в невыгодном свете.

Такие дополнительные сведения обычно указывают на осознание пациентом своих неправильных реакций, сыгравших значительную роль в патогенезе заболевания. Не следует терапевту самому разъяснять пациенту причины развития у него заболевания, особенно не следует это делать поспешно, желательно добиться понимания их самим пациентом. Нельзя подлинное объяснение, основанное на глубоком понимании патогенеза невроза, подменить внешними и скороспелыми разъяснениями, что, к сожалению, нередко делается.

В процессе патогенетической психотерапии можно отметить определенную последовательность в формах поведения терапевта. При первой встрече с пациентом терапевт минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта. Затем, увеличивая свою активность, терапевт приступает к выяснению «внутренней картины болезни», к вербализации пациентом всех его представлений, связанных с пониманием болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления.

Проводя коррекцию «концепции» болезни у пациента, терапевт обсуждает с ним данные его обследований, убеждает, что причины невроза кроются не в органических изменениях, помогает уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период врач предоставляет пациенту соответствующую информацию и выступает преимущественно в роли эксперта. После уяснения пациентом связи между симптоматикой и провоцирующими патогенными ситуациями в содержании бесед происходят существенные изменения. Их предметом становятся уже не симптомы, а психологические проблемы, переживания и отношения пациента.

В процессе такого обсуждения в сознании пациента постепенно выстраивается определенная последовательность из различных звеньев новой концепции болезни: симптоматика—эмоциональные факторы или патогенные ситуации—личностные позиции или отношения—невротический конфликт—потребности или мотивы. Взаимоотношения с пациентом углубляются, терапевт становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром.

На заключительном этапе психотерапии терапевт вновь увеличивает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов переживания и поведения.

На всех этапах терапии осуществляется два взаимосвязанных психологических процесса — осознание и реконструкция системы отношений.

Осознание (инсайт) заключается в понимании пациентом истинных источников собственных невротических расстройств. Реконструкция отношений личности состоит в коррекции нарушенных и выработке новых, адаптивных отношений.

Что же должен осознать пациент в процессе патогенетической психотерапии? Пациент должен осознать связи между способами реагирования в определенных жизненных обстоятельствах, нарушенными значимыми его отношениями и возникновением невроза. Терапевт выступает здесь в роли проводника в познании пациентом внутреннего мира собственной личности. Он пытается расширить у пациента область осознаваемого, помогает уяснить причинно-следственные связи, породившие невроз, вербализовать его смутные переживания и уточнить те соотношения, которые сам пациент прежде не соединял в своем сознании. Важно натолкнуть пациента на связывающие звенья между различными аспектами его поведения и эмоциональными особенностями, раскрывающие уязвимые точки его личности. Полезным приемом в этом процессе является привлечение внимания пациента к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с терапевтом и отношений со значимыми лицами в его жизни.

Самое главное и самое трудное при обсуждениях заключается в том, чтобы помочь пациенту понять, что его невроз был вызван не только обстоятельствами жизни и внешними конфликтами, а внутренним конфликтом, в основе которого лежат неадекватные отношения, вследствие которых он не способен разрешить свои трудности. Конфликт же сопровождается эмоциональным напряжением, дезорганизующим сомато-нервно-психическое функционирование пациента и вызывающим тем самым соответствующую симптоматику. Именно эти взаимосвязи терапевт и помогает осознать пациенту.

Осознание психологических механизмов болезни отнюдь не является чисто рациональным, познавательным процессом: в него обязательно должны быть включены достаточно значимые эмоциональные переживания, которые и делают возможной необходимую перестройку личности на основе положительных внутренних ресурсов. Рациональное, интеллектуальное понимание пациентом своих невротических проблем и их причин само по себе малодейственно и к необходимым переменам в личности пациента не приводит. Процесс осознания должен быть эмоционально насыщенным в своей сущности.

Глубина осознания может быть различной. Первый уровень отражает понимание пациентом своего неправильного поведения, в частности в условиях патогенной ситуации. Это осознание может появиться в обстановке откровенного общения с другими пациентами, медперсоналом и психотерапевтом. Второй уровень отражает осознание пациентом тех неадекватных отношений (в самооценке, отношении к другим людям и к окружающему миру), которые лежат в основе его неправильного поведения. На этом уровне понимания пациент не только видит неправильность своего поведения в прошлом, но и понимает, почему он вел себя таким образом. Третий уровень отражает понимание пациентом происхождения своего невроза, осознание истоков неадекватности своей системы отношений, что достигается посредством анализа жизненной истории пациента начиная с детского возраста, условий его воспитания.

Причиной развития невротических состояний является не столько наличие внешних и внутренних конфликтов, сколько неспособность личности решать эти конфликты. Задача психотерапии состоит в том, чтобы сделать личность способной к разрешению трудностей путем реконструкции системы ее отношений. Достижение этой цели ведет не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента.

В ходе реконструкции нарушенных отношений происходит два процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных. Эти новые позиции проходят проверку вначале в условиях терапевтической среды, а затем за ее пределами, в ситуациях реальной жизни пациента.

Изменение отношений во внутренней структуре личности пациента осуществляется преимущественно с помощью двух основных психологических механизмов: идентификации и интернализации. Идентификация (отождествление) пациента с терапевтом является следствием того, что терапевт удовлетворяет определенные потребности пациента, например его потребность в признании или опеке. Пациент пытается усвоить одобряемые терапевтом формы поведения, конкретные суждения или представления. Иногда этот процесс усвоения специфических позиций имеет неосознаваемый характер. Идентификация отражает довольно поверхностный и нестойкий уровень перемен в системе отношений пациента и его поведения. В ряде случаев идентификация может быть переходом к более глубокому уровню перемен, который уже осуществляется с помощью механизма интернализации (интериоризации).

Важным условием этого типа перемен является атмосфера положительного принятия пациента терапевтом.

Процесс реконструкции отношений и выработки нового поведения протекает иногда с определенными трудностями — противодействием, сопротивлением пациента. Это затруднение возникает при коррекции неадаптивного поведения пациента. Сопротивление представляет собой психологический защитный механизм и отражает реакцию пациента на болезненное для него прикосновение к глубоко скрытым тягостным переживаниям, реакцию на перестройку неадаптивного поведения.

Сопротивление пациента проявляется в общении с терапевтом в различных формах: в уклонении от обсуждения наиболее важных проблем и переживаний, в молчании, в переводе разговора на другую тему, в неясности изложения проявлений своего заболевания, в отрицании реальных фактов, в отрицательной реакции на те или иные методы лечения, в юморе, иногда даже в излишней податливости и согласии с высказываниями терапевта без должной их переработки и т. д.

Степень сопротивления в процессе терапии может изменяться. Она повышается при несовместимости установок пациента и стиля поведения терапевта, при явном игнорировании терапевтом устойчивых лечебных ожиданий пациента, при преждевременной интерпретации, при чрезмерных требованиях от пациента откровенности или активности, при неверии терапевта в возможности пациента, при отрицательном внутреннем отношении терапевта к пациенту, что может проявляться в критике без одобрения, иронии и т. п.

Процесс перестройки отношений человека, изменения его реакций является, бесспорно, очень сложным, но не недоступным. Человеческий характер благодаря чрезвычайной пластичности свойств нервной системы, как и отношения человека, является динамичным и может изменяться в связи с изменениями жизненных условий, социальных влияний и личного жизненного опыта.

Большое значение в правильном воспитании характера и отношений имеет эмоциональное усвоение пациентом необходимости самовоспитания, требовательности к себе, к своим поступкам, анализ их причин, дающий возможность регулировать свое поведение. О саморегулировании характера говорил А. С. Макаренко, указывавший, что на высшей стадии развития личность начинает требовательно относиться к себе и анализировать свои поступки, это открывает новые возможности развития характера.

Добиться познания самого себя — задача реконструктивного (воспитательного) этапа психотерапии. Только познание пациентом самого себя, своих поступков и поведения дает ему возможность, пользуясь этим знанием, правильно отражать и перерабатывать внешние воздействия, без примеси влияния прошлых аффективно нарушенных отношений.

Конечно, как отмечала Е. К. Яковлева, далеко не все пациенты, подвергнутые психотерапии, выздоравливают от невроза. У некоторых отмечается лишь временное улучшение, у других же не удается добиться даже некоторого улучшения. Хорошему успеху лечения содействуют нечрезмерная давность заболевания, молодой возраст пациента, а также хороший его интеллект. Большую роль при этом играет способность пациента к критической оценке своих неправильных отношений. Такие пациенты не только освобождаются от невроза — у них заметно изменяется поведение, перестраиваются их отношения к окружающим людям, благодаря чему они становятся более полноценными людьми, правильно оценивающими встречающиеся на их жизненном пути разного рода трудности.

Случай из практики

В качестве иллюстрации того, как преломляется метод патогенетической психотерапии при лечении конкретного пациента, приводим наблюдение Е. К. Яковлевой.

Больная Ж., по профессии врач-окулист, находилась на стационарном лечении в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева с диагнозом невроз навязчивых состояний, фобия трахомы.

Считает себя больной в течение шести месяцев. Связывает заболевание с неприятным случаем во время работы. Со слов пациентки, при промывании глаз больному, страдавшему трахомой она почувствовала, что ей в глаза попала капля какой-то жидкости. Из-за опасения, что это были выделения данного больного, ей сделали соответствующую обработку глаз. Однако, несмотря на это, она стала высказывать мысль о том, что заразилась трахомой. Хотя дальнейшие объективные обследования не подтверждали наличие трахомы, мысль о ней ее уже не оставляла. Считая себя заразной, она стала принимать всякие меры предосторожности, чтобы не заразить окружающих. Перестала прикасаться к дверным ручкам, к предметам домашнего обихода, избегала соприкосновения с мужем и собственными детьми. Стала бесконечно мыть руки. Изолировала свою посуду, начала сжигать даже все вещи, в том числе и книги, к которым прикасалась. В то же время пациентка понимала, что это только ее мысли, что страхи ее необоснованны; она боро-

лась с ними и со связанными с ними поступками, но эта борьба ей не удавалась. В связи с постепенным нарастанием страха пациентка была помещена в психиатрическую больницу, где предположили, что она больна шизофренией. Здесь ее лечили инсулиновыми шоками, но состояние ее оставалось прежним.

После выписки из больницы она в течение двух дней чувствовала себя лучше, но затем возобновилось прежнее состояние. Пациентка оставила работу, дома ничего не делала, будучи сосредоточенной на мыслях о заражении и поглощенной защитными мероприятиями от развившегося страха. В таком состоянии была направлена в психиатрическую клинику Института им. В. М. Бехтерева, где установили, что она страдает неврозом навязчивых состояний, после чего ее перевели в клинику неврозов.

В детстве пациентка была веселой, общительной девочкой, имела много подруг, в обществе которых всегда держалась свободно. По характеру была несколько неуверенной в себе, очень впечатлительной, чувствительной и обидчивой. Училась хорошо. Будучи студенткой, в 20 лет вышла замуж, имела три беременности. Первый ребенок умер от воспаления легких в возрасте полутора лет. Смерть его перенесла очень тяжело. Отношения с мужем, со слов пациентки, сложились хорошо.

По окончании медицинского института работала врачом-окулистом. Отмечает, что всегда была трудоспособной. В работе проявляла аккуратность, требовательность, постоянно соблюдала все правила асептики. Работала среди трахоматозных больных, долго следила за ними, сама посещала их, если они прекращали лечение. Неоднократно бывало и раньше, что при промывании глаз у таких больных или при операции ей попадали на лицо и в глаза выделения из их глаз, но после соответствующей обработки своих глаз она обычно переставала беспокоиться о последствиях.

Муж пациентки, который знает ее в течение 15 лет, подтвердил данные ею анамнестические сведения. Семейную жизнь муж, как и пациентка, рассматривает как благополучную. Неблагоприятным моментом, по мнению мужа, являются взаимоотношения пациентки с ее матерью, которая, будучи несколько «суховатой», не проявляла к дочери достаточного внимания.

Объективно: недостаточно критически вначале отнеслась к своей идее о заболевании трахомой. Постоянно моет руки, ни с кем не общается, не прикасается к вещам посторонних, при разговоре закрывает лицо платком.

Во время психотерапевтических бесед с пациенткой по мере усиления ее контакта с терапевтом все более подробно раскрывались многие ранее неизвестные терапевту события из ее жизни, имевшие значение для развития заболевания. Так, дополнительно ею были сообщены некоторые сведения из ее детства, о которых

раньше она умалчивала из-за «чувства неудобства перед врачом», как пояснила она позднее. Пациентка рассказала о причинах сложных взаимоотношений с матерью на протяжении всей ее жизни, о причинах, усложнивших в настоящее время ее взаимоотношения с мужем, и о переживаниях, так нарушивших всю ее жизнь.

Выяснилось, что до 14 лет она не знала своей настоящей матери. Она росла в семье бабушки, которую считала и звала мамой. Родная же мать, как и ее сестры, то есть тетки пациентки, считались в семье сестрами пациентки, и она всех их, в том числе и свою мать, звала по имени. Отца своего она не знала, считалось, что он в отъезде. В девятилетнем возрасте кто-то из посторонних детей открыл ей истину об ее происхождении, но бабушка уверила ее в неправоте сказанного, и она поверила. Бабушку, которую пациентка считала своей матерью, она очень любила, и та платила ей тем же, была очень заботлива и нежна с ней. Как самую младшую в семье все ее несколько баловали. Только в 14 лет, уже после смерти бабушки, пациентка узнала обо всем, что от нее так тщательно скрывали.

Она была глубоко потрясена смертью бабушки, отношением к ней матери и тем, что она была «незаконнорожденной». Тяжела была обида на мать за то, что та в детстве не признавала ее своей дочерью, что не разрешила своему второму мужу удочерить ее, как тот намеревался сделать, что и после смерти бабушки она не изменила к ней своего отношения и продолжала быть внешне отчужденной, неласковой.

Мать пациентки была женщиной совершенно иного склада, чем ее дочь. Она была сдержанной, несколько даже суровой на вид, очень работоспособной. Будучи педагогом, она много работала, была известной и всеми уважаемой в городе. На первое место в жизни она ставила работу. Всегда с неуважением относилась к женщинам, которые оставляли работу ради семьи. Того же она потребовала и от своей дочери, которая была совсем иной по характеру: мягкой, чувствительной, несколько неуверенной в себе, недостаточно выносливой, нуждающейся в поддержке.

После замужества дочери мать осталась в ее семье, но, продолжая быть очень занятой, она ни в чем не помогала дочери. Раздражение пациентки против матери усилилось, в особенности после смерти первого ребенка. Пациентка, будучи уже врачом, хотела временно оставить работу для лучшего ухода за больным ребенком, муж не протестовал, но мать возражала, и пациентка, подчиняясь ее авторитету, не противилась такому требованию. Ребенок умер от воспаления легких, по мнению пациентки, из-за недостаточно хорошего ухода. В его смерти пациентка обвиняла свою мать.

У пациентки в связи со смертью ребенка развилось тяжелое невротическое состояние. После рождения второго ребенка она не работала в течение года, продолжая оставаться в невроти-

ском состоянии. Затем, окрепнув, она опять стала работать по настоянию матери, которая, со слов пациентки, донимала ее своими упреками, открыто выражая презрение к женщинам, «которые после окончания вуза занимаются горшками».

В течение последних 3 лет перед настоящим заболеванием пациентка очень перенапряглась, как физически, так и эмоционально. Она работала в глазной поликлинике, относясь к работе с большой ответственностью, в то же время вела дома хозяйство, обслуживая мужа, мать и двоих детей. Мать же по возвращении с работы, ссылаясь на усталость, ничем ей не помогала. Пациентку стало возмущать поведение матери, а главное — мужа, который предоставил ей самой найти выход из создавшегося положения. Она же не находила решения, и хотя работа ее очень утомляла, она все же не оставляла ее и потому, что ей нравилось работать, и потому, что не хотела оставаться дома из-за отношения матери к неработающим женщинам. Однако из-за постоянного утомления ходила на работу, по ее выражению, «как на каторгу».

Положение усугублялось еще и тем, что в силу наступившего за последние два года ослабления нервной деятельности у нее резко обострилась неуверенность в себе и ей стало трудно решать самые обычные вопросы. Так, на работе она по нескольку раз стала осматривать больного, прежде чем дать требуемое о нем заключение, сама проверяла инструменты, заставляла обслуживающий персонал по несколько раз их кипятить и т. п., чего раньше не делала. Все это очень осложняло работу, с которой она уже почти не справлялась, о чем не говорила ни мужу, ни матери.

В этот период пациентка становится раздражительной, даже иной раз грубой, придирчивой, в особенности по отношению к матери, к которой у нее сложилось двойственное отношение. С одной стороны, она не могла ее видеть, раздражалась на нее, с другой, как говорила пациентка, — «так хотелось ласки и внимания со стороны матери».

Незадолго до возникновения фобии жизненные обстоятельства еще более осложнились из-за простудного заболевания ребенка, и у больной развился страх его потерять, так же как первого сына, — «от недостатка внимания и ухода». Именно в это время, когда пациентка находилась в состоянии нервного истощения и волнения, ей и попала в глаза капля выделений от больного. Она сразу же оставила работу, вначале для ухода за ребенком, а после его выздоровления не возвратилась к ней из-за развившегося навязчивого состояния.

Таким образом, в ходе психотерапевтических бесед дополнительные сведения о себе, даваемые пациенткой, позволили терапевту понять историю ее развития и содержание ее переживаний. В этом свете и терапевту, и, главное, самой пациентке становилось ясным, что не «капля выделений», попавшая в глаза пациентки при промывании ею глаз трахоматозного больного, явилась причиной ее заболевания.

Оно оказалось следствием ряда предшествующих событий, постепенно усложняющихся жизненных обстоятельств в течение главным образом последних трех лет. Капля же, попавшая в глаза пациентки, явилась лишь «последней каплей», способствовавшей развитию невротического выхода из сложившейся трудной ситуации.

Понимание пациенткой жизненных обстоятельств, явившихся причиной сложного конфликта, и связи его с образовавшимся навязчивым симптомом нашло отражение в ее письме к матери, написанном в конце пребывания в клинике в ответ на поздравление ее матерью с днем рождения.

В письме пациентка впервые поделилась с матерью своими переживаниями. Она писала: «Здравствуй, дорогая Катя (она и до сих пор называла свою мать по имени), мне было приятно читать твое поздравление с днем рождения. Мне всю жизнь казалось, что этот день и я тебе в тягость, что все в отношении меня неискренне, ложно. Я много понимала, переживала, но не могла никогда высказаться. Отсюда та бесконечная злоба к тебе, все срывы, вся ругань и прочее. Даже твои чистые, хорошие, добрые порывы я принимала за личные оскорбления, принимала с болью. Прочитав же твое письмо, подумав хорошенько, я поняла, что во многом, быть может, была не права, что все надо было бы воспринимать иначе. Ведь и ты была скована, скрыта в себе. Всю жизнь я росла без отца, без ласк матери. По натуре я очень мягкая, мне все это было необходимо, а я этого не имела. Вот причина того, что в конце концов у меня укоренилось чувство ненужности, чувство, что я мешала всю жизнь и все было бы иначе, если бы не родилась я. Мой муж, конечно, хороший человек, но он не понял моей натуры, с детства надломленной, неудовлетворенной, чувствительной. Если было бы иначе, я не отошла бы от вас совсем и не убежала бы в этот проклятый прилипчивый невроз… Мне теперь значительно легче в смысле болезни, я возвращаюсь к вам не только внешне. Мне легче понимать все, а потому и легче разрешить всю сложную жизненную ситуацию, в которой я запуталась, не смогла найти выход и застряла подсознательно в своей болезни. Я пишу тебе и, конечно, плачу, но это уже не слезы озлобления или обиды. Нет, нервы еще слабы, но уже одно то, что я пишу тебе, есть залог возврата к жизни хорошей и простой».

Резюмируя, можно отметить, что в развитии данного фобического синдрома — страха заражения трахомой — попавшая в глаза капля выделений играла роль лишь внешнего момента. Патогенез не объясняется и только наступившим ослаблением ее нервной системы, хотя такое изменение «почвы», истощение ее, несомненно, имело важное значение в развитии заболевания. Как мы видели, генез заболевания определялся рядом реальных жизненных обстоятельств, из которых пациентка из-за особенностей ее личности не

находила правильного выхода. Ее повышенная чувствительность при склонности к задержке эмоций вызвала в тяжелой ситуации крайнее нервное перенапряжение. В этом состоянии случайное попадание капли в глаза, встревожившее пациентку, привело к срыву нервной деятельности и образованию застойного пункта — навязчивой идеи о заболевании трахомой. Этот защитный механизм уводил теперь пациентку от разрешения реальных трудностей.

Понимание пациенткой причин заболевания постепенно изменило ее состояние, которое стало улучшаться. К концу лечения она перестала проявлять страх, прекратила частое мытье рук. Она осознала необходимость изменить свои прошлые эмоционально насыщенные отношения к матери и мужу, сделать их разумными, простыми и жизненными. По катамнестическим сведениям, полученным спустя три года после лечения, пациентка продолжает быть вполне здоровой.

Описание метода

Кроме общих рекомендаций, изложенных выше, до сих пор в нашей литературе отсутствовало детальное описание процедуры проведения патогенетической психотерапии. Одна такая попытка была предпринята в свое время А. Я. Страумитом, однако, к сожалению, в 1960–1970-е гг. написанные им рекомендации «Патогенетическая психотерапия неврозов с функциональными нарушениями сердечной деятельности» не были опубликованы. Эти рекомендации, в значительной степени переработанные и переосмысленные нами с позиций современного уровня развития патогенетической психотерапии, легли в основу описания приводимой здесь процедуры (на примере больных неврозами с функциональными расстройствами сердечной деятельности).

Индивидуальная патогенетическая психотерапия проводится в следующем порядке.

1. Преодоление неправильных представлений пациента о его болезни.
2. Осознание психологических причин и механизмов болезни:
   1) объяснение понятий «функциональное» и «психогенное» расстройство;
   2) установление различий между поводами и причинами расстройств;
   3) анализ конфликта:
      а) анализ требований и желаний пациента и его окружения;
      б) осознание конфликта.
3. Решение конфликта.
4. Реконструкция системы отношений.

Преодоление неправильных представлений пациента о его болезни

Большинство пациентов с функциональными расстройствами сердечной деятельности убеждены в том, что их болезнь имеет органические причины. Это мнение, естественно, препятствует любому виду терапии, и терапевт должен разубедить в этом пациента. При этом пациенту объясняются (как это принято в рациональной терапии) результаты медицинского обследования (рентгенограмма, электрокардиограмма и т. д.), за исключением всех сомнительных, неясных или чрезмерно сложных результатов. Результаты, которые указывают на органические нарушения, тоже обсуждаются, так как пациент уже знает о них или выяснит это позднее, — и в том и в другом случае это будет иметь более вредные последствия, чем при ситуации, когда врач говорит об их реальном значении и включает их в свое объяснение.

У пациента С., страдающего неврастенией с тахикардиальным синдромом и кардиофобией, в период пребывания в клинике были обнаружены гипертрофия левого желудочка сердца и незначительные мышечные изменения на электрокардиограмме, являющиеся следствием хронической алкогольной интоксикации. Ему, однако, ничего об этом не было сказано. Выписавшись из клиники в состоянии значительного улучшения, он тем не менее, оказавшись через год в санатории, решил «проконтролироваться». Обследовавший его врач выявил точно такие же изменения, но сообщил об этом пациенту. Полностью доверяя негативным результатам прошлого обследования, пациент пришел к выводу, что у него развивается «новое» сердечное заболевание, после чего у него сразу же возник рецидив кардиофобии и он вернулся в клинику. Только сравнив при нем им привезенные электрокардиограммы с прежними, наглядно доказав ему их полную идентичность и объяснив причину имевшихся на них изменений, его удалось вывести из состояния тревоги.

Учитывая, что вероятность случаев, подобных приведенному, очень велика, целесообразно сообщать о таких «находках» больным, однако объясняя их истинное патогенетическое значение. Для этого врач должен подчеркнуть, что обнаруженные микроорганические изменения никоим образом не могут являться причинами имеющихся сейчас жалоб на сердце и привести соответствующие доказательства, а именно: а) несовпадение во времени между появлением органических изменений и началом жалоб на сердце; б) несоответствие между отсутствием прогредиентности органических изменений и прогрессирующим на-

растанием жалоб на сердце; в) несоответствие между постоянством органических изменений и непостоянством сердечных жалоб; г) несоответствие между незначительной выраженностью органических изменений и интенсивностью жалоб на сердце.

Отвергнув связь жалоб больного с органическими нарушениями, врач может перейти к разъяснению объективно обнаруженных функциональных расстройств. При этом не следует ограничиваться заявлениями типа «Ничего страшного у вас не найдено», «Все ваши жалобы имеют чисто функциональный характер». Тем более не следует произносить таких фраз, как «Вам все это только кажется». Многие больные, недостаточно ясно понимая существо термина «функциональный», воспринимают подобные заявления как недоверие врача к их жалобам, а слова «вам все это только кажется» — как слегка замаскированное обвинение в симуляции. Между тем болезненные ощущения пациентов (учащенное сердцебиение, перебои и боли в сердце) имеют субъективно совершенно реальный характер и признать их кажущимися или мнимыми они никоим образом не могут. В связи с этим возникает необходимость не голословно обозначить названные симптомы «функциональными», а доказать, что они зависят не от внутренних причин, не от состояния сердца как такового, а от внешних психогенных факторов.

Осознание психологических причин и механизмов болезни

Объяснение понятий «функциональное» и «психогенное» расстройство. Итак, надо доказать больному, что функциональные симптомы зависят от внешних психогенных факторов. Делается это в три этапа.

На первом этапе врач подчеркивает, что все обнаруженные функциональные сердечно-сосудистые нарушения имеют не постоянный и необратимый, а временный и устранимый характер. Это подкрепляется конкретными результатами исследования динамики нарушений. Внимание пациента привлекается к максимально большому числу таких наблюдений, которые показывают возможность их нормализации даже сейчас, во время болезни.

На втором этапе необходимо добиться от больного понимания того, что имеющиеся у него сердечно-сосудистые нарушения и их пароксизмальные обострения во многих случаях обусловлены не чем иным, как проявлениями страха за сердце. Для этого врач использует факты, сообщенные ему в процессе психогенетического анализа самим больным

в разрозненном виде, но уже приведенные в строгую логическую систему, опровергает уверенность пациента в том, что приступы возникают «неизвестно почему», «в самом спокойном состоянии» или же под воздействием физических нагрузок, перегревания, алкоголя и других вредных факторов, но только не от страха. Врач объясняет пациенту, что эти расстройства вызваны психологическими причинами, о чем свидетельствует изменение артериального давления, частоты пульса, данных ЭЭГ и ЭКГ в зависимости от различных эмоциональных состояний (например, при разговорах на различные темы или в ассоциативном эксперименте).

На третьем этапе до сознания больного доводится факт, что ведущей причиной его функциональных сердечных нарушений и кардиофобии является переживание им конфликтной жизненной ситуации. При этом врачу не стоит опережать события и стремиться к тому, чтобы пациент сразу же разобрался во всех деталях истории формирования и психологического содержания конфликтной ситуации. На данном этапе подобный разговор обычно для него еще недоступен. Достаточно, чтобы он уяснил лишь то, что манифестация его заболевания и все последующие проявления находятся в четкой зависимости от переживаемых им жизненных неприятностей. Для этого врачу надо напомнить пациенту им же самим приведенные описания тех ситуаций, в которых произошли начальные сердечные приступы. Сопоставляя эти ситуации, он показывает, что все они вызывали у пациента одинаковые неприятные переживания и именно в момент их появления у него и развивались сердечные приступы, сопровождающиеся страхом смерти.

После этого со стороны пациента обычно следует вопрос: каким же образом подобного рода переживания могут вызвать сердечные нарушения? Изложение пациенту механизма психосоматического переключения в патофизиологическом аспекте даже в схематизированном виде малодоступно для понимания. Поэтому лучше изложить этот механизм в психологическом плане, учитывая следующие пять моментов.

1. Сердце является таким органом, на деятельности которого легко отражаются самые различные переживания: при радости сердце может «запрыгать как мячик» или «вырваться из груди», при любви — «забиться как птица», при ненависти — «сжаться в кулак», при страхе — «уходить в пятки», при тоске может появиться «камень на сердце»; о человеке, который остро переживает различные неприятности, говорят, что «он все близко принимает к сердцу», и т. д.

2. Возникающие сердечные нарушения оказываются тем сильнее, чем больше человек скрывает переживания внутри себя. Именно когда эмоции не получают внешней разрядки, они, накапливаясь внутри, все чаще и чаще прорываются по обходным, вегетативным путям к сердцу. Этот процесс напоминает положение, когда скапливающийся в плотно закрытом котле пар, достигнув критического давления и не найдя выхода к турбине, вырывается из него через предохранительный клапан.
3. Нарушение работы сердца в конфликтной ситуации — один из способов самозащиты организма от гнетущего влияния тяжелых жизненных переживаний. Вызывая тревогу и тревожное сосредоточение внимание на работе сердца, подобные нарушения тем самым отвлекают человека от переживаний кажущейся безвыходности его жизненной ситуации, дают возможность отложить попытки разрешить ее, отгородиться ценою болезни от еще более болезненных жизненных невзгод.
4. Отсюда ясно, что развивающиеся нарушения являются не следствием «поломки» каких-либо частей сердца, а результатом его приспособления к работе в новых, более тяжелых психологических условиях. Это приспособление достигается либо за счет учащения, урежения или неравномерности темпа и ритма его работы, либо за счет усиления, расслабления тонуса его мышцы и сосудов. В первом случае идущие от сердца по нервам импульсы воспринимаются сознанием как сердцебиения, замирания, перебои, во втором случае — как различного характера боли.
5. Однако не только и не столько сердце само по себе служит источником неприятных ощущений. Ощущения как таковые рождаются не в сердце, а в психике. При этом очень важно, какое у человека настроение — спокойное или тревожное. Известно, что тревога резко повышает и даже искажает восприимчивость тех органов чувств, посредством которых человек надеется уловить сигнал об опасности и, таким образом, предостеречь себя от нее. Так, если он, идя по лесу, опасается нападения грабителей, то обычный куст кажется ему похожим на подстерегающего его человека. Точно так же и страх за сердце резко обостряет восприятие именно его работы, и тогда самые незначительные изменения начинают ощущаться как чрезвычайно неприятные и болезненные.

Большинство пациентов не сразу принимают эти объяснения. Учитывая это, врачу нужно терпеливо продолжать давать необходимые

разъяснения и уточнения. Однако в то же время нужно постепенно уводить пациента от застревания на этих вопросах и переключать его внимание на разбор основных психогенетических проблем.

Различие между поводами и причинами расстройств. Добившись от пациента понимания функциональной природы и психогенного происхождения сердечных нарушений, врач меняет тематику проводимых собеседований. С этого момента они должны как можно меньше касаться собственно сердечных нарушений и как можно больше — их психогенных причин, выявленных в процессе психогенетического анализа.

Первое, что здесь необходимо, — это разобраться в психологической взаимосвязи и патогенетической значимости многочисленных и разнообразных жизненных событий и вызванных ими переживаний, которые так или иначе участвовали в формировании невроза. Пациент должен уяснить, что все эти события являются звеньями одной патологической цепи, но играют разную роль: только некоторые из них могут быть отнесены к подлинным причинам невроза, другие же представляют собой лишь поводы к его возникновению.

Наименее остро подобный вопрос встает, когда поводами к развитию невроза оказываются жизненные эпизоды, представляющие собой кульминацию причинных патогенных ситуаций, например: длительные служебные неприятности—увольнение с работы—невроз; многолетние жилищные затруднения—отказ в получении квартиры—невроз; хронические семейные неурядицы—развод—невроз. В результате очевидной однотипности содержания причин и поводов пациенты сами без труда устанавливают их психологическую связь друг с другом. Поскольку же вторые являются очевидными следствиями первых, пациенты так же самостоятельно и легко уясняют и патогенетическую разницу между ними.

Однако крайне остро этот вопрос встает в тех случаях, когда поводами к развитию невроза выступают случайные события, не имеющие отношения к причинным патогенным ситуациям, например: длительные служебные неприятности—заболевание гриппом—невроз; многолетние жилищные затруднения—алкогольное опьянение—невроз; хронические семейные неурядицы—чтение в газете некролога—невроз. Самостоятельно обнаружить и понять психологические связи между переживаниями столь внешне различных событий пациенты обычно не могут. Поэтому первостепенную роль хронических жизненных затруднений они в таких случаях, как правило, игнорируют и истинными и единственными причинами заболевания ошибочно счита-

ют те обстоятельства, которые непосредственно предшествовали манифестации невроза.

Чтобы помочь пациенту осознать скрытые за поводами подлинные причины своего заболевания, необходимо возвратить его к обдумыванию тех данных, которые были получены от него в процессе психогенетического анализа еще в то время (во избежание сопротивления), когда пациент не подозревал о том, что его жалобы могут иметь психологическую причину. Искусно задавая вопросы, врач заставляет пациента увидеть не только провоцирующие его заболевание факторы, но также и причину невроза.

Больная Т. Диагноз неврастения с тахикардиальным синдромом и кардиофобией в форме навязчивых идей. При поступлении в клинику отрицала связь своего заболевания с психогенией и считала, что его основной причиной является грипп, осложнивший течение гипертонической болезни. Однако проведенное соматическое обследование не подтвердило наличия гипертонии. В то же время в результате психогенетического анализа было установлено, что, являясь одинокой пожилой женщиной, она уже много лет и крайне тяжело переживала свою личную неустроенность. После соответствующего разъяснения пациентка принципиально согласилась с тем, что она страдает не гипертонией, а неврозом и что последний мог возникнуть вследствие именно этих переживаний. Но ее согласие было неустойчивым. Одновременно она высказывала сомнение: «Все-таки непонятно, своим одиночеством я мучилась уже давно, но ничего — была здоровой. Заболела же я только после гриппа». Тогда состоялась следующая беседа.

Терапевт. Два дня назад вы рассказали, что в момент заболевания гриппом из-за возникшей физической слабости вы не могли сами вызвать врача, хотели попросить это сделать соседей, но их не оказалось дома.

Пациентка. Да, так это и было.

Терапевт. Но соседи, видимо, должны были скоро прийти?

Пациентка. В том-то и дело, что нет. Это был воскресный день, и они уехали на дачу. Если бы они должны были скоро вернуться, я бы не испугалась.

Терапевт. А чего конкретно вы испугались?

Пациентка. Своего физического состояния, конечно. Температура, слабость, голова болит... И никогда до этого у меня не было таких сердцебиений.

Терапевт. Но вы только что сказали, что, если бы соседи быстро вернулись, вы бы не испугались. Значит, одного плохого физического самочувствия было для испуга мало.

Пациентка. Но ведь это же понятно. Когда плохо себя чувствуешь, да еще никого нет вокруг и некого попросить о помощи, так испугаешься вдвойне.

Терапевт. Я согласен с вами, но ведь вы в течение многих лет жили одна и в какой-то мере привыкли к одиночеству?

Пациентка. Привыкла, конечно... Хотя к этому привыкнуть очень трудно... Потом я вспомнила, что у меня находили гипертонию.

Терапевт. Вы вспомнили об этом в момент испуга?

Пациентка. Да, а ведь это заболевание прогрессирующее. Кто знает, чем оно может кончиться!? Я уже не молодая... еще два-три года — и жди чего-нибудь вроде инфаркта!

Терапевт. Эти мысли вам тоже пришли в голову в тот момент?

Пациентка. Да... Я сейчас вспомнила, что даже представила себе тогда, как я умираю, а рядом ни одной родной души... Даже заплакала...

Терапевт. Нельзя ли все-таки предположить, что вот именно эти переживания, очень трудное положение одинокой женщины, а не грипп, вызвали ваше заболевание?

Пациентка. Не знаю... Может быть, вы и правы.

Чтобы пациент смог полнее понять, что те события, которые он до сих пор считал причинами своего заболевания, на самом деле таковыми быть не могут, терапевту рекомендуется остановиться на следующих положениях.

1. Надо объяснить пациенту, что поводы не имеют самостоятельного определяющего значения и играют лишь роль последнего толчка или случайной искры, взрывающей уже подготовленную бочку с порохом.
2. Надо напомнить больному, используя от него же полученные сведения, что заболевание его возникло не столь уж неожиданно, как это может показаться при поверхностном рассмотрении. Еще задолго до его появления он уже находился в состоянии нервно-психического напряжения в результате переживания тех или иных хронических жизненных затруднений, а к моменту манифестации невроза это напряжение особенно сильно возросло.
3. Надо разъяснить пациенту, что события, которые непосредственно спровоцировали у него манифестацию невроза, действовали на него не столько прямым путем (посредством исключительно им свойственного болезнетворного влияния), сколько путем косвенным (посредством психологической переработки этого влияния в свете индивидуального жизненного опыта).

4. Надо добиться, чтобы пациент припомнил, что в основе такой переработки у него лежала цепь ассоциаций, содержание которых — каким бы обстоятельствам оно вначале ни соответствовало — все более и более приближалось к содержанию его хронических жизненных затруднений в одном из основных направлений деятельности (общественном, производственном, хозяйственно-бытовом, семейном).
5. И наконец, надо добиться, чтобы пациент уяснил, что конечное переживание, к которому привела цепь возникших ассоциаций, представляло результат сравнения своего настоящего положения с общей жизненной ситуацией, что привело к мысли (пусть мимолетной) о крайней сложности или даже невозможности устранения имеющихся хронических жизненных затруднений.

Анализ конфликта. Преодолев вместе с больным «барьер поводов» и добравшись до содержания переживаемой патогенной жизненной ситуации, терапевт еще раз круто изменяет тематику проводимых бесед. С этого момента рекомендуется как можно меньше касаться сердечных нарушений и поводов к их возникновению и как можно больше — их подлинных психогенных причин. Терапевт неуклонно уводит пациента от застревания на вопросах соматического состояния и направляет его активность на обсуждение актуальных психологических проблем.

Основное, что здесь требуется сделать, — это довести до сознания пациента положение, что неврозы возникают не в результате одностороннего воздействия на человека психотравмирующих факторов, а в результате двустороннего взаимодействия с ними.

Иными словами, пациент должен понять, что причиной его невроза является сложная жизненная ситуация или конфликт и что любой по содержанию конфликт всегда представляет собой следствие не только неблагоприятного стечения внешних обстоятельств, но и нерационального отношения к этим обстоятельствам и нерационального поведения при них самого больного. А отсюда возникает необходимость убедить больного обдумать и самокритично оценить, какую роль в происхождении переживаемого им конфликта (или ситуации) играют, с одной стороны, объективно трудные, не зависящие от его желаний и воли жизненные обстоятельства, а с другой — его собственные ошибки в отношениях и поведении, зависящие исключительно от особенностей его личности.

Достичь этой цели очень трудно. Большинство пациентов (особенно больных истерией) видит причину своих страданий только в неблагоприятных внешних условиях жизни, в несправедливом отношении к ним отдельных лиц из их микросоциального окружения, но

категорически отрицают свой личный «вклад» в развитие патогенной конфликтной ситуации. Те же, которые настроены более самокритично, проявляют эту критику «в общих чертах», но уходят от признания конкретных недостатков или же соглашаются со второстепенными, но отнюдь не главными. Даже пациенты с заниженной самооценкой (например, страдающие психастенией), бичуя себя за нерешительность, мнительность, практическую беспомощность и т. д., в то же время отказываются от эгоистической направленности ряда своих целей и желаний. Когда же терапевт пытается доказать им это «наскоком», без достаточной предварительной подготовки, то он сразу же наталкивается на обвинение в их непонимании, обиду, и в итоге на негативное отношение к продолжению психотерапии.

Анализ требований и желаний пациента и его окружения. Пациента, следовательно, надо постепенно подводить к осознанию своего вклада в возникновение конфликтной ситуации, изучая вместе с ним компоненты его конфликта. Терапевт пытается объективно и беспристрастно анализировать позиции и интересы всех участвующих в развитии конфликта лиц.

Прежде всего пациенту предлагается в произвольной последовательности сформулировать все свои недовольства теми или иными сторонами жизни и все свои претензии к лицам, с которыми он находится в конфликтных отношениях. Далее следует систематизировать его претензии и недовольства по степени их субъективной значимости: какие из предъявленных претензий пациент считает самыми главными, то есть такими, неудовлетворенность которых в наибольшей мере мешает ему жить и трудиться в соответствии со своими желаниями; какие он полагает менее важными, но все же их невыполнение заметно досаждает ему и какие он относит к третьестепенным — отсутствие их реализации неприятно, но он все же может мириться с ними.

После этого пациента просят перечислить по степени субъективной важности все то, чем он удовлетворен и доволен в своей судьбе и, в частности, попытаться определить, обладают ли какими-либо положительными качествами и достоинствами те лица, с которыми он находится в конфликтных отношениях.

Завершив уточнение отрицательных и положительных отношений пациента к основным сторонам жизни и к тем лицам, которые оказались втянутыми в конфликтные отношения с ним (и одновременно отведя от себя возможные обвинения в односторонности и необъективности), терапевт предлагает ему еще более сложную задачу —

самокритично сформулировать и представить в виде аналогичного перечня отрицательные и положительные качества своей собственной личности и оценить их роль в развитии патогенного конфликта.

В заключение требуется сравнить все высказанные пациентом претензии и положительные оценки в адрес своего социального окружения с претензиями и положительными оценками этого окружения в его адрес и, кроме того, с результатами объективного наблюдения за особенностями его поведения в клинике.

Осознание конфликта. Собрав все эти материалы и объединив их с ранее сообщенными пациентом данными об истории формирования своей личности и развитии патогенной жизненной ситуации, терапевт переходит к процессу непосредственного доведения до сознания пациента подлинного содержания его конфликта с внешним окружением и (или) с самим собой и мотивов, которые лежат в его основе. При этом, выбирая тактику, надо иметь в виду два варианта.

Первый вариант используется в том случае, если пациент активно сотрудничает с терапевтом. Тогда уже по ходу сбора перечисленных выше сведений он, самостоятельно сопоставляя их друг с другом, начинает улавливать те или иные несоответствия между ними и, самокритично обдумывая последние, постепенно приходит к правильному выводу о положительных и отрицательных качествах собственной личности и о соотносительной роли ее тенденций и внешних влияний в развитии патогенного конфликта. Здесь активность терапевта может быть минимальной. Она заключается лишь в просьбах, обращенных к пациенту, избегать общих и уклончивых фраз и как можно более конкретно формулировать все свои претензии и оценки, а также в постановке перед ним дополнительных детализирующих и уточняющих вопросов.

Второй вариант тактики применяется, когда пациент активно сопротивляется проведению психотерапии и отказывается от самостоятельного сопоставления и самокритичного обсуждения собранных данных. В таком случае можно прибегнуть к приему так называемой конфронтации.

Прежде всего здесь нужно подчеркнуть доброжелательное и внимательное отношение терапевта к пациенту, но одновременно и его полную беспристрастность. Для этого, в частности, терапевт излагает свое понимание сильных сторон личности пациента и всех его справедливых требований к окружающему. Однако затем терапевт мягко, но решительно ставит пациента перед фактом, что целый ряд сообщенных им сведений

о личных качествах и особенностях своих отношений к окружающему или окружающего к нему не соответствует действительности, поскольку эти сведения: а) опровергаются прямо противоположными данными, полученными от близких, сослуживцев, из характеристик и т. д.; б) находятся в очевидном противоречии с результатами наблюдения за его поведением в клинике (приводятся конкретные наблюдения); в) исключаются им самим же ранее рассказанными эпизодами из своей жизни, свидетельствующими о возможности совершенно другого поведения.

Столкнув столь решительным образом мнение пациента с несоответствующими этому мнению аргументами, терапевт просит пациента откровенно объяснить, чем же обусловливаются такие расхождения. Если пациент продолжает настаивать на своей правоте, врач приводит новые контраргументы, а затем задает такую серию вопросов, ответы на которые неизбежно обнажают не только ошибочность мнения пациента, но и скрытые мотивы этой ошибочности.

Больная Г. Диагноз истерия с кардиалгическим синдромом и кардиофобией в форме навязчивых идей. Признав, что причиной невроза у нее является сложная семейная ситуация, основную вину за ее создание возложила на мужа. При систематизации своих многочисленных претензий в его адрес по степени их субъективной значимости к наиболее раздражающим ее качествам отнесла: ограниченность интересов мужа, его эгоистичность, грубость и бестактность, отсутствие у него «культурного лоска» и «интеллегентности в поведении».

При такой же группировке положительных условий ее жизни на первом месте отметила хорошее материальное положение (высокую заработную плату мужа и хорошую квартиру), а затем «в общем неплохой характер» мужа (он хороший семьянин, очень ей предан, не пьет и не имеет других интересов на стороне).

При оценке различных сторон собственной личности пациентка в числе отрицательных черт указала на недостаточную силу воли и трусливость, приводящую к нерешительности во взаимоотношениях с мужем, и на завистливость, заставляющую ее все время мучиться сравнениями своей неудачной семьи с удачными. В ряду же своих положительных качеств она упомянула честность и сдержанность, позволяющие ей объективно относиться к мужу и не только не говорить о его недостатках окружающим, но даже стараться «подать» его в лучшем виде.

В результате беседы с мужем выяснилось, что он никак не может быть отнесен к разряду людей с ограниченными интересами. В поведении же его действительно сквозила прямодушная грубоватость, но в сочетании с мягкой доброжелательностью. Он сообщил, что его очень волнует холодность жены: она никогда не при-

ласкается к нему; когда же он пытается это делать, она отстраняет его. Кроме того, он рассказал, что супруга категорически не хочет иметь ребенка, а это его очень обижает.

Наблюдение за поведением пациентки в клинике показало, что она весьма эгоистична, ни с кем не делится, ленива — с неохотой участвует в работах по самообслуживанию, в то же время активно участвует в различных развлечениях, любит бывать в обществе мужчин и симпатизирует наиболее интеллигентным из них.

Во время бесед, направленных на выяснение оценок отрицательных и положительных сторон ее жизни и собственной личности, пациентка стремилась избегать точных и конкретных формулировок, обо всем говорила туманно и расплывчато, не замечала ни малейшей заинтересованности в их самокритическом сопоставлении и обсуждении. Она неустанно повторяла лишь одно, что причиной всех ее болезненных переживаний является грубый и бестактный муж. В этой обстановке было принято решение использовать прием конфронтации. Здесь приводится лишь конечная часть беседы.

Терапевт. Вы утверждаете, что к вам очень плохо относится муж и что в этом заключается главная причина вашей неудачной семейной жизни и возникшего заболевания. Однако в то же время вы рассказали, что он хороший семьянин и очень предан вам. Скажите, пожалуйста, как объяснить это противоречие?

Пациентка. Я не помню, чтобы говорила, что он хороший семьянин.

Терапевт. Вы рассказали об этом три дня назад, когда я попросил сформулировать положительные черты его характера. Вот перечень этих черт, записанных мною с ваших слов для памяти.

Пациентка. Значит вы меня не так поняли. Он хороший семьянин в том смысле, что хороший хозяин… этого от него не отнять. А предан он мне… ну, как собственник любимой вещи. Это его вещь — и он ее никому не отдаст. Только сам будет пользоваться.

Терапевт. На меня ваш муж впечатления такого собственника не произвел. Он очень симпатичный, доброжелательный и приятный человек.

Пациентка. Это только издали, а вблизи он совершенно другой. Вы обманулись, так же как и я в свое время… Он очень эгоистичен.

Терапевт. В чем же проявляется его эгоистичность?

Пациентка. Да во всем… Он, например, совершенно не считается со мной. Как с женщиной.

Терапевт. Вы имеете в виду близкие отношения?

Пациентка. Хотя бы.

Терапевт. И как же часто он не считается с вами как с женщиной?

Пациентка. Да все время.

Терапевт. Что такое все время? Каждый день?

Пациентка. Может быть, и каждый день.

Терапевт. И вам приходится отказывать ему в близости?

Пациентка. А что же мне остается делать?

Терапевт. Вам не кажется, что в таком случае вы сами совершенно не считаетесь с ним как с мужчиной?

Пациентка. Но он же абсолютно не бережет меня! А аборты мне ни к чему!

Терапевт. А почему вы не хотите иметь ребенка?

Пациентка. Я думаю, что нам иметь его еще рано.

Терапевт. То есть вы считаете, что пока преждевременно связывать себя ребенком?

Пациентка. Конечно.

Терапевт. Иными словами, вы предполагаете возможность развода с мужем?

Пациентка. С таким человеком очень трудно жить.

Терапевт. И давно вы его не любите?

Пациентка. Я не говорила вам, что не люблю его.

Терапевт. Но это и так видно. Припомните: вы не хотели выходить за него замуж. С первого дня начали отказывать ему в близости. Не хотите иметь от него ребенка. Отрицательно характеризуете его как человека. Предполагаете вероятность развода. В то же время завидуете счастливым семьям, охотно знакомитесь с другими мужчинами. Разве все эти действия можно назвать иначе, чем нелюбовь к мужу?

Пациентка. Хорошо, допустим, я его действительно не люблю. Но ведь не я же в этом виновата?! Если бы он иначе вел себя, я, может быть, и любила бы его!

Терапевт. Это очень важный вопрос, но его лучше обсудить позже. Сейчас же вам необходимо прийти к какому-то определенному выводу относительно ваших чувств к мужу.

Пациентка. В таком случае считайте, что я разочаровалась в нем.

Терапевт. Тогда я хотел бы спросить вас о следующем. В числе положительных черт своего характера вы упомянули честность. Но если вы честный человек и не любите своего мужа, то почему вы честно не скажите ему об этом?

Пациентка. Это было бы для него психотравмой… Он же, пусть по-своему, но любит меня!

Терапевт. Но вы бы так или иначе нанесли ее, когда бы стали с ним разводиться. Для чего же вы откладываете с ним откровенный разговор?

Пациентка. Если я сейчас ему об этом скажу, значит, сразу же нужно рвать с ним отношения, а куда я денусь?

Терапевт. Останетесь на месте, пока не разменяете квартиру мужа, или же переедете к матери.

Пациентка. Но ведь отец умер, а мама на пенсии!

Терапевт. А причем тут пенсия?

Пациентка. Ведь жить-то на что-то надо? Я получаю не так уж много... Маме же после смерти отца мы с мужем всегда помогали.

Терапевт. Если я вас правильно понял, вам не хочется терять того материального комфорта, который вы сейчас имеете?

Пациентка. И не хочется... и хочется. Здесь все так перепутано... Я не могу этого объяснить.

Терапевт. Но все же объяснить это надо.

Пациентка. Мне кажется, что дело здесь не только в материальном достатке... Я сейчас подумала, что главная трудность, пожалуй, состоит в том, что я до сих пор не могу твердо сказать — люблю или не люблю я своего мужа. Не буду скрывать, он всегда мне очень нравился внешне. И наверное, характер у него в целом не такой уж плохой. Но я, видимо, так воспитана, что всего этого мне мало... Ко мне нужен еще какой-то особый подход как к женщине. А у него такого подхода нет и не было — и мои чувства к нему с самого начала заморозились. Возможно, именно поэтому я все время колебалась — уйти от него или нет. Ну а материальный достаток еще больше препятствовал такому уходу. Он для меня привычен, и в этой неразберихе терять я его, конечно, не хотела.

Приведенный пример, иллюстрируя процесс конфронтации, одновременно наглядно показывает, что важнейшим итогом осознания подлинных причин и механизмов невроза должно являться не формальное согласие пациента с психотравматичностью тех или иных внешних влияний или с неправильностью ряда своих отношений к внешней действительности, а вскрытие и уяснение существа лежащих в основе патогенного жизненного конфликта напряженных противоречий между своей личностью и ее окружением. Это же существо заключается в том, что в глубине каждого из таких противоречий лежит столкновение биологически важных — безусловно-рефлекторных или близких к ним по значимости тенденций (материальных, активно- и пассивно-оборонительных, сексуальных), и эти тенденции вследствие своей противоположной направленности блокируют друг друга и поэтому не могут рациональным образом разрешиться.

Решение конфликта

Патогенная жизненная ситуация является одним из самых важных факторов в генезе невротических расстройств. По этой причине одной из главных задач психотерапевта является помощь пациенту в решении трудной жизненной ситуации.

Продуктивное разрешение патогенной ситуации многие психотерапевты ставят в зависимость от нахождения рационального выхода из

нее. Воплощение в жизнь найденного рационального выхода начинается в процессе психотерапии, а завершается позже — за пределами психотерапевтической среды, в процессе социально-трудовой реадаптации.

Приступая к нахождению «рационального выхода», терапевт должен отдавать себе отчет в том, что это такое. Несмотря на частое использование этого термина в литературе и его общую семантическую понятность, четкого определения его смысла в узко психотерапевтическом значении не имеется.

Очень редко одни только внешние обстоятельства ответственны за возникновение проблематичной ситуации. Так же редко причины конфликта лежат только в личности пациента. Почти всегда виноваты обе стороны: и неправильное отношение к пациенту социального окружения, и неправильное отношение пациента к его окружению (хотя не ясно, какая из сторон вносит больший вклад в возникновение конфликта). А отсюда следует, что «рациональным» можно считать лишь такой «выход» из патогенной жизненной ситуации, который осуществляется не за счет односторонних уступок только социальной среды или только одного пациента, а за счет уступок взаимных, эквивалентных справедливым требованиям друг к другу и который в равной мере удовлетворяет все участвующие в конфликте стороны. Иными словами, «рациональный выход» есть «идеальный компромисс».

Начинать эту работу следует с постановки и обсуждения вопроса о том, какие из лежащих в основе данного конфликта взаимных претензий пациента и его социального окружения являются объективно справедливыми (и в принципе, должны были бы быть удовлетворены) и какие — объективно несправедливыми (и в принципе, должны были бы быть отвергнуты).

При обсуждении этого вопроса терапевт занимает абсолютно нейтральную позицию и руководствуется в качестве критерия не своими личными симпатиями и антипатиями, а, с одной стороны, общепринятыми нормами и правилами общежития, с другой — оценкой имеющихся у пациента реальных и потенциальных возможностей жить в соответствии с этими правилами.

После этого решается вопрос, какие из справедливых требований пациента к окружению могут быть реально удовлетворены, а какие не могут или имеют крайне неясные и проблематичные перспективы.

Только теперь терапевт может приступить к непосредственной работе с пациентом — к совместному с ним поиску рационального выхо-

да. При этом терапевт ни в коем случае не должен директивно навязывать пациенту свое мнение. Пациент должен критически взвесить все «за» и «против» в отношении каждого возможного варианта разрешения патогенной ситуации и выбрать наиболее оптимальный из них.

Такой выбор является для пациента крайне трудным. Поэтому даже в лучшем случае (при относительной несложности конфликтной ситуации) он за редкими исключениями приходит к нему не сразу, а поэтапно. Вначале, ориентируясь на свои прошлые бесплодные метания в поисках выхода, пациент вообще отрицает его возможность. Затем он пытается настоять на полярных, взаимоисключающих друг друга решениях типа «или, или», влекущих за собой удовлетворение одних требований при резком возрастании неудовлетворенности других. Потом он начинает находить возможности частичного решения своих проблем, у него обнаруживается мозаичность согласий и несогласий с их отдельными аспектами. И лишь впоследствии наметившийся частичный компромисс начинает постепенно расширяться и приближаться к полному. Только в итоге напряженных и порой мучительных размышлений находится такой вектор поведения, который соответствует всем справедливым требованиям пациента к своему окружению и окружения к нему.

Примеры

1. Больной Ч. Диагноз истерия с тахикардиальным синдромом и кардиофобией в форме сверхценных идей. Вначале никакого рационального выхода из приведших к неврозу производственной и жилищной конфликтных ситуаций не видел: «Работать я из-за болезни не могу, а жилплощадь служебная — что делать, не знаю». Затем он начал обдумывать такие полярные варианты: «Или пусть меня признают инвалидом из-за аварии в котельной (и как получившего инвалидность на работе не выпишут со служебной площади), или я уеду в деревню». Потом, согласившись, что инвалидом он не является и работать может, стал требовать, чтобы домоуправление создало ему удовлетворительные условия для труда и, в частности, улучшило технику безопасности в котельной. И лишь впоследствии пациент пришел к выводу, что хотя домоуправление действительно обязано улучшить условия работы операторов, но он, если хочет сохранить жилплощадь, должен со своей стороны прекратить халатно относиться к служебным обязанностям и проявить себя на работе как можно лучше.

2. Больная Г. (см. выше). Диагноз истерия с кардиалгическим синдромом и кардиофобией в форме навязчивых идей. Поначалу также никакого рационального выхода из приведшей к неврозу се-

мейной конфликтной ситуации не находила: «Навеки попала в кабалу к грубому собственнику». Затем высказала такие исключающие друг друга возможности разрешения: или муж круто изменит к ней свое отношение (станет не грубым, а деликатным, будет тактично вести себя с ней как с женщиной, перестанет требовать рождения ребенка), или она разведется с ним. Потом, решив, что реальных шансов вступить в повторный брак и к тому же с «идеальным» человеком у нее не имеется, что материально она одна хорошо обеспечить себя и мать не сумеет и что у мужа все же есть ряд достоинств, пациентка стала склоняться к мысли, что сможет попытаться привыкнуть к нему, если он не будет настаивать на немедленном рождении ребенка. И только после этого пациентка постепенно подошла к выводу, что хотя мужу и действительно следует более тонко относиться к ней, однако воспитание в нем такой тонкости серьезно блокируется его неверием в ее любовь; наиболее же полным проявлением ее любви к нему было бы рождение желанного для него ребенка.

Реконструкция системы отношений

Осознания пациентом своих неправильных отношений и вытекающих из них неадекватных требований к окружающим недостаточно для достижения стойкого терапевтического изменения. Более того, изменение отношения пациента к конкретной конфликтной ситуации или к человеку, непосредственно вовлеченному в конфликт, также может оказаться недостаточным, если не подвергнута реконструкции система отношений пациента в целом, если им не пересмотрены жизненные позиции, установки, убеждения.

Реконструкция системы отношений не может быть подменена морализацией и общими рекомендациями типа «Вам необходимо изменить характер», «Учитесь сдерживать себя», «Будьте активнее и смелее». Подобные рекомендации бесполезны, так как пациент не знает, как это сделать.

Возможности индивидуальной психотерапии в деле реконструкции системы отношений, в деле перевоспитания пациента, изменения его характера ограничены, хотя жизненный опыт врача и может сыграть здесь определенную роль.

Принцип лечения методом психотерапии, по В. Н. Мясищеву, заключается в переделке личности в процессе общения и совместного труда и быта. В связи с этим большое значение приобретает групповая психотерапия, предоставляющая большие возможности для осознания пациентами дезадаптивных стереотипов поведения, выработки новых, адаптивных форм поведения и проверки их эффективности в условиях реального взаимодействия с участниками группы.

Однако сколь бы ни была эффективна групповая психотерапия, процесс реконструкции личности не ограничивается ею. Достигнутые терапевтические изменения, новые образцы поведения должны быть генерализованы за пределы психотерапевтической среды и закреплены в условиях реальной жизни пациентов: в быту, в семье, в производственном коллективе. Такая реабилитационная программа может быть осуществлена только совместными усилиями врачей, психологов и социальных работников.

Глава 5

Интеграция групповой динамики: личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия

Дальнейшее развитие учения В. Н. Мясищева о неврозах и их психотерапии к началу 1970-х гг. привело к становлению самостоятельного направления в психотерапии — личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова. Во многом это было связано с широким использованием групповой психотерапии, что позволило на основе анализа опыта практической работы и научных исследований в данной области более четко и конкретно сформулировать основные теоретические положения этой психотерапевтической системы в целом применительно и к индивидуальной, и к групповой ее формам, и прежде всего ее цели и задачи, а также представления о механизмах лечебного действия.

Понимание особенностей этого направления предполагает предварительное ознакомление с общими вопросами групповой психотерапии.

Групповая психотерапия: общие вопросы

Групповая динамика

До недавнего времени термин «групповая психотерапия» нередко употреблялся в случае применения гипноза или аутогенной тренировки в группе больных. Однако при этоим ведущим групповым феноменом, используемым психотерапевтом, является групповая индукция. Специфика же групповой психотерапии как самостоятельного метода заключается в целенаправленном использовании в лечебных целях *групповой динамики*, то есть всей совокупности взаимоотношений и взаимодей-

ствий, возникающих у участников группы. С. Кратохвил (S. Kratochvil) определяет групповую динамику как совокупность групповых действий и интеракций, характеризующих развитие, или движение, группы во времени. К. Хук (K. Hoeck) рассматривает групповую динамику как процесс формирования, структурирования, развития и функционирования группы, который приобретает важное значение для психотерапии. К характеристикам групповой динамики относятся: цели и задачи группы; нормы группы; групповые роли; групповая сплоченность; напряжение в группе; актуализация прежнего опыта (проекция); формирование подгрупп; стадии развития психотерапевтической группы.

Цели психотерапевтической группы

Цели групповой психотерапии формулируются по-разному в рамках различных подходов, однако, несмотря на различия, можно указать на общие цели, обусловленные самой спецификой метода групповой психотерапии:

1) исследование психологической проблемы каждого члена группы и оказание ему помощи в ее решении;
2) изменение неадаптивных стереотипов поведения и достижение адекватной социальной адаптации;
3) приобретение знаний о закономерностях межличностных и групповых процессов для создания основы более эффективного и гармоничного общения с людьми (повышение социальной компетентности);
4) содействие процессу личностного роста, реализации человеческого потенциала, достижению оптимальной работоспособности и ощущения счастья;
5) устранение болезненных симптомов.

Нормы группы

В процессе работы группы в ней складываются определенные нормы. Нормы могут быть психотерапевтическими и непсихотерапевтическими. Ведущий группы с самого начала знакомит участников с некоторыми принципами работы, следование которым отвечает психотерапевтическим задачам. Психотерапевт стремится к тому, чтобы эти принципы последовательно осуществлялись пациентами, превращаясь в нормы группы (психотерапевтические нормы). Реализация этих принципов-норм необходима для защиты участников от не-

гативного группового опыта, возможных травматических переживаний. К этим принципам относятся следующие.

1. *Откровенность и искренность.* В группе надо быть искренним и не скрывать своих чувств, даже если они кажутся «неприличными». Если вы испытываете симпатию или, напротив, неприязненные чувства к какому-нибудь участнику группы, надо говорить об этом. Нельзя говорить неправду. Если вы не хотите о чем-то говорить, то следует просто отказаться.
2. *Отказ от использования «ярлыков».* Участники группы должны стремиться к пониманию, а не к оценке. Оценки — это «ярлыки», которыми мы обозначаем человека в целом. Вместо того чтобы глобально оценивать личность человека, лучше говорить об отдельных аспектах, о поведении. Тогда мы избежим оскорблений и унижений достоинства другого человека. Согласитесь, что не одно и то же: назвать человека «дураком» или сказать, что он поступил неразумно. «Эгоист», «маменькин сынок», «деспот», «подкаблучник», «размазня», «истеричка», «кисейная барышня» — все эти определения-ярлыки не способствуют лучшему самопониманию, но вызывают у члена группы чувства обиды, оскорбленного самолюбия и желание дистанцироваться от группы. Конструктивная обратная связь выражается в передаче своих чувств, пусть даже негативных. Например: «Я увидел тебя в новом свете, мне это было очень неприятно», «Я испытываю сильное раздражение, когда ты с таким пренебрежением говоришь о своем отце».
3. *Контроль поведения.* Этот принцип выражается формулой: «Обо всем можно говорить, но не все можно делать». Нельзя бесконтрольно проявлять свои эмоции, прежде всего агрессивные и сексуальные. Во время специальных групповых занятий иногда позволяется или поощряется реализация своих чувств, но только при условии контроля. Например, отреагирование аффекта в психодраматической сцене, пантомимическое выражение желаний и чувств в психогимнастике, выражение подавляемых чувств с помощью приемов, практикуемых в энкаунтер-группах: нанесение ударов кулаками по подушке, заменяющей человека, спровоцировавшего агрессию; поглаживание и укачивание члена группы, который нуждается в жалости и утешении, и т. п.
4. *Ответственность.* Каждый участник группы берет на себя ответственность за других членов группы. Он принимает обязательство

не пропускать занятия и не бросать группу. Но если напряжение станет невыносимым и желание покинуть группу перевесит желание освободиться от своих проблем, то участник группы должен сообщить о своем решении, а не исчезать без предупреждения.

5. *Правило «стоп»*. Каждый участник имеет право без каких-либо объяснений остановить любой разговор, касающийся его личности. Остальные члены группы обязаны уважительно отнестись к его просьбе. Это право дает участникам уверенность и чувство самозащиты против давления группы. Обладание этим правом приводит к тому, что к нему прибегают очень редко.
6. *Соблюдение конфиденциальности*. Это требование невынесения за пределы группы информации интимного характера. В аналитически-ориентированных группах это правило формулируется еще более определенно: во-первых, члены группы обязаны молчать обо всем, что происходит в группе, во-вторых, не должны обсуждать за пределами группы то, что происходит внутри.
7. *Толерантность*. Пациенты должны с терпимостью относиться ко всем откровенным суждениям других участников группы, хотя содержание этих суждений может не соответствовать их собственным убеждениям и морали.

Каждая группа может вырабатывать и другие, специфичные нормы. Здесь могут возникать и непсихотерапевтические нормы: утаивание негативных чувств, реакций, избегание конфликтов, конфронтаций, острых ситуаций («вежливость») или наигранное преувеличение позитивных чувств; табу на некоторые темы, например сексуальные, или, напротив, стремление усматривать сексуальные мотивы в любой обсуждаемой проблеме; «сокрытие» подгрупп (сексуальных, родственных, профессиональных связей), что формирует фальшивую атмосферу в группе. В группе вся известная участникам информация должна быть обсуждена.

Роли в группе

Создатель социометрии Якоб Леви Морено различал в группе две роли лидера: по способности к руководству и популярности — роль, называемая также «звездой», и роль козла отпущения. Получила известность классификация ролей Р. Шиндлера (R. Schindler), которые он обозначил буквами греческого алфавита: «альфа» — лидер, «бета» — эксперт (человек, обладающий знаниями, навыками или способностями, необходимыми группе), «гамма» — конформистское большинство группы, «омега» — отстающий член группы, аутсайдер.

Для описания межличностного поведения в группе в литературе используется большой перечень стереотипных ролей. Многие носят яркие названия: добродетельный моралист, жалобщик, страж демократии, тиран, провокатор, мятежный лидер, соблазнитель, эксгибиционист, истерик, сексуальный тип, фаворит, примерный тип и др.

В психотерапевтических группах стремятся распознать роли каждого участника, поскольку невротики в естественных группах часто неосознанно повторяют свои роли — их роли являются стереотипными, стойкими и малоадаптивными. Распознавание ролей в группе достигается посредством обсуждения, предоставлением обратной связи и принятием противоположных ролей. С этой точки зрения задачу групповой психотерапии С. Кратохвил формулирует как «расширение репертуара ролей»: необходимо научить индивида различным способам поведения, новым ролям, отличным от тех, к которым он привык. Однако саму возможность нового поведения в жизни, за пределами психотерапевтической среды, нужно оставить на собственное усмотрение пациента. Свобода выбора, следовательно, возникает у него тогда, когда он уже овладел новой ролью, когда она у него «в репертуаре».

Групповая сплоченность

Групповая сплоченность является необходимым условием эффективности групповой терапии. Она является аналогом психотерапевтического отношения терапевт—пациент в индивидуальной терапии.

Среди факторов, содействующих сплоченности, наиболее часто отмечаются следующие:

1) совпадение интересов участников группы (ожидание пользы от лечения);
2) симпатии между участниками группы;
3) дружеская атмосфера;
4) влияние групповой деятельности. С одной стороны — интересные, увлекательные действия, а также совместно переживаемые позитивные эмоции, с другой стороны — использование терапевтом технических приемов, направленных на усиление сплоченности (например, образование тесного круга, в котором все участники держатся за плечи и сосредоточиваются на чувстве близости через песни и танцы в этом круге и т. п.);
5) соперничество с другой группой. Сплоченность повышается самим фактом существования других групп, отличающихся и сти-

лем поведения терапевта, и групповой деятельностью, что сравнивается и обсуждается участниками разных групп;

6) присутствие в группе девианта.

Возникновение сплоченности имеет большое значение для психотерапевтического процесса. Между членами группы возникают искренние, доверительные отношения. Очень важным следствием групповой сплоченности является возможность конструктивного проявления негативных чувств. Члены сплоченной группы готовы поддерживать отношения и продолжать общение, даже когда налицо конфликтная ситуация. Если агрессивность не проявляется открыто, то это мешает интерперсональному обучению. Пациент избегает общения с другим человеком, и поэтому нельзя устранить возникающие враждебные чувства. Если же в группе существуют условия, которые позволяют открыто разобрать конфликт, то эффективность психотерапии повышается. Сплоченная группа легко выражает негативные чувства по отношению к руководителю. Эти чувства закономерно возникают на первых порах лечения. Если группа не высказывает чувств открыто, то не складываются нормы, обеспечивающие открытость и искренность.

Групповое напряжение

Во время совместной деятельности члены группы могут противостоять друг другу по различным взглядам, отношениям, потребностям. Необходимость приспособления к группе ограничивает потребности отдельных членов группы, расстраивает их планы. В результате появляются антипатия, неприязнь, агрессивность, конфликты между участниками группы, между группой и руководителем. Возникающее напряжение может быть и проявлением протеста против авторитетов, если руководитель действует директивно, и проявлением беспомощности и неуверенности, если руководитель уклоняется от роли лидера. Групповое напряжение связано с внутренним напряжением каждого индивида в группе.

В групповой психотерапии агрессию не подавляют, напротив, ее стремятся выявлять — или вербально, в форме рассказа об агрессивных чувствах, или в символической форме, используя при этом дополнительные объекты: например, пациент с силой бьет кулаками по подушке, символизирующей человека, к которому он чувствует агрессию.

Если напряжение в группе велико и длительно и если оно не компенсируется сплоченностью, то это приводит к негативным явлениям: может возникнуть угроза распада группы. Отрицательные последствия имеет, однако, и слишком слабое напряжение. Если группа достаточно сплочена,

ее члены довольны и удовлетворены, то они не стремятся к работе над избавлением от своих невротических комплексов, они стараются их не замечать. Группа тогда не выполняет свою основную лечебную функцию и представляет собой лишь некую социальную организацию. Психотерапевтическая группа нуждается в постоянных конфликтах, взаимной критике и конфронтации своих членов.

В психотерапевтической группе большое значение имеет баланс между сплоченностью и напряжением. Сплоченность является стабилизирующим фактором: под ее влиянием члены группы чувствуют поддержку и относительную безопасность. Напряжение, наоборот, является фактором побуждающим: оно ведет к неудовлетворенности и стремлению что-то в себе изменить. Важно, чтобы эти силы находились в динамическом равновесии. Этот баланс находится под контролем терапевта. Он повышает или снижает напряжение.

Напряжение повышается молчанием терапевта, его холодностью или индифферентностью, провоцированием дискуссий с конфликтной тематикой, критическими замечаниями в адрес отдельных членов группы, отказом от ответа на вопрос, неясными двусмысленными фразами и намеками.

Сплоченности же способствуют сердечность, сочувствие, искренность терапевта, юмор и смех.

Некоторые психотерапевты работают со сплоченностью и напряжением в нескольких фазах. Например, в начальных фазах специально фрустрируют группу, расстраивают ее планы, намеренно поддерживают нарастание напряжения в расчете на то, что это напряжение и разочарование участников группы приведут к нужному конструктивному и самостоятельному функционированию группы.

Другие психотерапевты работают с напряжением только после создания в группе достаточно сплоченных отношений.

Наконец, многие терапевты отдают предпочтение динамическому равновесию между сплоченностью и напряжением: неприятные чувства, вызванные напряжением, компенсируются удовлетворением, получаемым в результате сплоченности. Это делает напряжение приемлемым и сносным.

Актуализация прежнего опыта (проекция)

Каждый участник приходит в группу со своим определенным прошлым опытом, который воздействует на его эмоциональные и поведенческие реакции в отношении товарищей по группе. Он восприни-

мает других членов группы и реагирует на них не только на основании их собственного по отношению к нему поведения, но и с учетом подобных поступков и ситуаций из прежней жизни, — он реагирует так, как реагировал ранее. Этот прошлый его опыт заново отображается в новой ситуации. Например, молодому человеку более старший по возрасту участник группы напоминает отца, он переносит на него отцовскую строгость и авторитет, которыми тот не обладает, и реагирует на него, как на своего отца. Интерперсональная реакция осуществляется, значит, не только под влиянием реального человека, но и под воздействием воображаемого образа, возникающего в результате переноса собственного отношения к какому-либо человеку из прошлого.

Член группы кроме особенностей отдельных людей из своего прошлого переносит на членов группы и свои собственные явные или скрытые мотивы. Группа становится для пациента «неопределенным стимульным материалом», когда еще не совсем определились роли и много неясных и неоднозначных ситуаций.

Понимаемая таким образом проекция частично перекрещивается с такими понятиями, как «паратактическое искажение», «неправильное обобщение» («генерализация»), «перенос» и «повторение». Под паратактическим искажением подразумевается изменение, переосмысление образа современной действительности на основе аналогии с прошлым. Подобную связь по внешнему сходству принято считать каузальной. Часто встречается и неправильное социальное обобщение. Типичным примером является на первый взгляд непонятное, враждебное отношение молодой пациентки к более пожилой, которая, напротив, питает к ней дружеские чувства, держится сердечно и покровительственно, однако чем-то напоминает девушке свекровь, с которой у последней конфликтные отношения. Здесь имеется в виду и неправильное обобщение травматического опыта, и порочный круг невротической интеракции: поскольку индивидуум предполагает и ожидает определенного поведения и поступков окружающих, он сам ведет себя в соответствии со своими ожиданиями и тем самым вызывает у людей ответные реакции, подтверждающие его ожидания. Например, недоверчивость пациента участники группы воспринимают недружелюбно, что только утверждает его в неправильно обобщенном мнении, будто все люди злые, им нельзя верить и т. п. Уровень обобщений при этом может быть различный. Обобщение распространяется только на определенных людей, которые осознанно или неосознанно напоминают пациенту какое-то травмировавшее его переживание (например, на женщин определенного

возраста, внешности, особенностей характера, поведения или вообще на всех женщин), либо на всех людей («никому нельзя верить»).

Если речь идет о перенесении эмоциональных переживаний из одной ситуации в другую, используется термин «перенос». В психоанализе это понятие выражает повторение инфантильных чувств к отцу и матери в отношении пациентов к своему терапевту, а также чувств, имеющих инстинктивную, сексуальную направленность. Более часто этим термином пользуются в широком смысле для объяснения переноса эмоционального опыта одной интерперсональной ситуации в другую. Для межличностных отношений характерно повторение старого, прошлого опыта. Это может быть повторение недавних переживаний или воспоминаний давно минувших дней, хотя бы раннего детства. Повторение не считается с реальностью, реакция на нее не соответствует настоящей ситуации и не дифференцирована. В этом смысле С. Кратохвил понимает перенос как особый случай межличностного общения, во время которого наблюдается неправильное обобщение и повторение пережитых когда-то впечатлений, не адекватных новой ситуации.

Психотерапевтическая или учебная группа служит своеобразной маленькой моделью общества, моделью первичных человеческих групп, в которых пациенты живут в реальной жизни. Каждый из них переносит в нее свои чувства и переживания, свойственные им в их естественных группах, каждый может повторять свои способы поведения. Этот процесс протекает автоматически у большинства невротиков, чье поведение приобрело стереотипный характер, которые бессознательно «перебирают» свои привычные роли и постоянно повторяют свои старые «нереальные» отношения. Модельная группа может сделать такое поведение для всех ясным и зримым, особенно если она составлена таким образом, чтобы предоставить возможность для разнообразного проецирования благодаря разному возрасту, полу, общественному положению членов группы. Проекция, которая наглядно воспроизводит интерперсональные проблемы пациентов, предоставляет обширный материал для понимания собственных проблем с помощью обратной связи, комментариев и толкования. Групповая ситуация вместе с тем обеспечивает проверку наиболее адекватных форм интерперсонального взаимодействия.

Создание подгрупп

В группах, особенно многочисленных, часто возникают подгруппы. Объединяются обычно симпатичные друг другу люди с приблизитель-

но общими интересами. В группе они стараются постоянно поддерживать друг друга, занимают сходные позиции и избегают взаимной конфронтации. Подгруппы могут создаваться по возрастному принципу. Например, быстро сходятся пожилые члены или несколько молодых «нонконформистов» могут создать подгруппу «бунтарей». Иногда подгруппы возникают на основе половых признаков, например: коалиция женщин против мужчин; свое сообщество организуют интеллектуалы, проявляя пренебрежение к менее интеллигентным членам группы. Нередко подгруппы возникают вследствие чисто внешних причин, например под влиянием частых встреч в курительной комнате создается подгруппа курильщиков.

Между подгруппой и остальной частью группы могут проявляться отношения соперничества либо возникать ссоры. Причиной такой поляризации может стать объявление в группе нескольких доминирующих членов, претендующих на роль лидера и постоянно соперничающих друг с другом, собирая вокруг себя своих сторонников. Ссора и борьба между подгруппами нарушает сплочение группы и уменьшает ее продуктивность.

Обычно в подгруппах обсуждаются многие проблемы пациентов и все происходящее в группе. До тех пор, пока активность подгрупп находит в той или иной степени отражение в деятельности целой группы, пока о внегрупповых отношениях известно всем остальным членам группы и этой проблеме посвящено специальное обсуждение в группе, существование подгрупп не представляет никакой опасности для группы и может являться источником необходимой информации и нужного для психотерапии материала. Более того, групповое обсуждение принципов отношений, на которых основана подгруппа, приводит к пониманию поведения ее членов и способствует групповой динамике. Остальные члены группы могут обсуждать собственную реакцию на отношения в подгруппе, будь то ревность, зависть, отрицание или сочувствие и удовлетворение. Точно так же и ссора между подгруппами, а значит, и связанный с ней внутригрупповой конфликт могут стать предметом полезной дискуссии.

Если, однако, возникновение подгрупп приводит к появлению тайн и секретов от группы, то их существование может стать мешающим и даже разрушительным фактором. Общение вне группы, которое не становится предметом для терапии в группе, можно считать своеобразной формой протеста. Нормы подгруппы, требующие сохранения тайны, вступают в противоречие с нормами группы, которые под-

разумевают открытость и искренность, и становятся поэтому антитерапевтическими.

Особого внимания требует возникновение так называемых эротических пар. Эротические чувства, как и все иные, возникающие в психотерапевтической группе, могут быть реальными и нереальными, вызванными переносом, могут быть формой компенсации чувственного неудовлетворения от актуальной супружеской ситуации. Само по себе это проявление может быть очень действенным и эффективным, если дает повод для анализа подобных чувств группе с особенным вниманием к механизму повторения неврозов. Если же группа покрывает эротическую пару и оставляет их отношения без внимания в групповых сеансах, то это может быть свидетельством протеста группы против психотерапевта и проявлением сопротивления. В таких обстоятельствах существование эротических пар имеет отрицательное значение для нормального функционирования группы. Как можно быстрее должен произойти разбор подобных отношений во время группового сеанса. При этом необходимо не осуждение, а простое понимание того, какую роль играет подобное чувство и поведение в жизни обоих членов эротической пары, ради чего они встречаются и общаются, к каким последствиям это может привести в дальнейшем. При стационарном лечении действует правило, согласно которому запрещается восполнение эротических чувств сексуальными отношениями. Там, где до этого все-таки дойдет, «провинившиеся» изгоняются из группы.

Стадии развития группы

Психотерапевтическая группа проходит в своем развитии несколько стадий, описанных Ирвином Яломом (J. Yalom).

Первая стадия: ориентация и зависимость. На первых сеансах участники ищут рациональные основания для терапии; они чувствуют себя сбитыми с толку и не вполне понимают, какое отношение имеет деятельность группы к их личным терапевтическим целям. Дискуссия на первых сеансах зачастую насыщена вопросами, отражающими их непонимание. Вместе с тем участники примеряются друг к другу и к группе в целом. Каждый ищет для себя такую роль, которая обеспечит ему благополучное существование в группе, и задается вопросом: будут его любить и уважать или игнорировать и отвергать? Хотя официально пациенты приходят в терапевтическую группу, чтобы лечиться, социальные силы заставляют их вкладывать основную часть энер-

гии, добиваясь одобрения, принятия, уважения или доминирования. Некоторым пациентам принятие и одобрение кажутся настолько маловероятными, что они, защищаясь, убеждают себя в малоценности группы, принижая душевные и умственные достоинства ее участников и напоминая себе, что группа представляет собой оторванное от реальности, искусственное образование. Люди гадают: что повлечет за собой участие в группе, каковы условия приема, какую долю себя надо открывать или отдавать, какого рода обязательство придется на себя брать? На сознательном или почти сознательном уровне они ищут ответы на эти и подобные вопросы, пытаются определить для себя, какие типы поведения являются в группе желаемыми и одобряемыми.

Если группа с самого начала озадачена, колеблется и «зондирует почву», то не в меньшей степени она зависима от «лидера». Скрыто и явно участники смотрят на ведущего, ждут от него распоряжений, ответов на вопросы, а также одобрения и принятия. Комментарии ведущего тщательно исследуются на предмет указаний по поводу желательного и нежелательного поведения. Пациенты ведут себя так, будто спасение придет только или главным образом от ведущего, лишь бы им удалось выяснить, чего именно он от них хочет.

Содержание и коммуникативный стиль начальной фазы относительно стереотипны и ограниченны. Проблемы трактуются рационально, пациент, излагающий проблему, подавляет проявления иррациональных сторон своей личности ради поддержки, соблюдения этикета и мира в группе. Е. Семрад (E. Semrad) предложил для описания общения группы на самом раннем этапе ее работы фразу «коктейльные темы», по аналогии с вечеринками, где поначалу малознакомые или незнакомые люди имеют возможность рассмотреть друг друга и составить мнение за бокалом легкого алкоголя. Так, поначалу группа может бесконечно обсуждать тему, по сути своей не представляющую интереса ни для кого из участников. Эти «коктейльные темы», однако, выступают в качестве инструмента первых межличностных исследовательских вылазок. Например, участница узнает, кто на нее реагирует с симпатией, кто разделяет ее взгляд на вещи, кого надо опасаться, кого уважать; постепенно у нее складывается представление о роли, которую она будет играть в группе. В терапевтических группах излюбленной «коктейльной темой» является описание симптомов наряду с прежним опытом лечения, лекарствами и пр.

Типичная характеристика молодой группы — предоставление и поиски советов: пациенты делятся в группе проблемами в отношениях

с супругами, детьми, работодателями и т. д., а группа пытается помочь им в практическом разрешении этих проблем. Подобная помощь редко несет в себе что-то функционально ценное. Скорее она выступает как способ выражения взаимного интереса и заботы.

Описанные явления до такой степени характерны для начальной стадии курса, что их наличие может быть использовано для определения возраста группы. Если в группе, например, много советуют и часто обращаются за советами, без конца переходят на «коктейльные темы», описывают симптомы и основные причины обращения за терапевтической помощью, то неизменно оказывается, что это или очень молодая группа, или группа, созревание которой серьезно заблокировано.

Вторая стадия: конфликты и протест. На второй стадии — стадии «захвата позиций» по Б. Тукману (B. Tuckman) — интересы участников смещаются к доминированию, контролю и власти. На этой фазе отношениям между участниками или между участниками и ведущим присуща конфликтность. Каждый старается прийти к такому уровню инициативы и власти, который является для него предпочитаемым. Чаще звучат негативные комментарии и взаимная критика участников.

В этой стадии возникает враждебность по отношению к терапевту. Эта враждебность уходит своими корнями в нереалистические ожидания пациентов: каждый тайно наделяет терапевта воистину магическими свойствами. Постепенно, по мере осознания пациентами ограничений, которые есть у терапевта, как у любого человеческого существа, реальность принимается такой, какая она есть, и враждебность к ведущему исчезает. Этот процесс не является вполне осознанным. Интеллектуально участники могут ратовать за демократическую группу, черпающую силу из своих собственных ресурсов. Тем не менее это не мешает им на более глубинном уровне жаждать зависимости и пытаться сначала создать, а потом разрушить авторитетную фигуру. Ведущие групп отказываются играть традиционную роль представителей авторитета: они не ведут за собой, не отвечают на вопросы и не дают готовых ответов и решений; вместо этого они поощряют группу к исследованию и использованию своих собственных ресурсов. Обычно только после нескольких сеансов участники приходят к осознанию того, что терапевт не удовлетворит их потребность в сильном лидере.

Еще одну причину негодования по отношению к ведущему И. Ялом усматривает в постепенном осознании каждым участником того, что он не станет «любимым чадом» ведущего, что терапевт интересуется им не более, чем всеми остальными; сеются семена соперничества и враждеб-

ных чувств по отношению к другим участникам. Каждый смутно ощущает какое-то неясное предательство со стороны терапевта.

И. Ялом отмечает, что лидеры этой фазы — то есть участники, самые «горластые» и нападающие на ведущего первыми — личности серьезно конфликтные в области зависимости. Желание стать зависимыми в них настолько сильно, что они реагируют на него реактивным образованием. Такие индивидуумы, иногда называемые контрзависимыми, склонны отвергать все высказывания терапевта и лелеять фантазию сместить ведущего и занять его место.

Хотя разочарование ведущим и гнев на него присутствует в группах повсеместно, форма проявления этих чувств и степень их неодинаковы. Своим поведением терапевт может как усилить, так и смягчить субъективное переживание и выражение участниками мятежных чувств. Более острую негативную реакцию навлекают на себя те ведущие, которые держатся двусмысленно или загадочно, которые авторитарны, но в то же время не снабжают пациентов необходимой информацией, не руководят ими и которые на ранних этапах терапии скрытым образом дают группе невыполнимые обещания.

Эта стадия зачастую трудна и для терапевтов лично неприятна. Однако необходимо, чтобы группа не опасалась вступать в конфронтацию с терапевтом, он должен не только одобрять, но и поощрять такую конфронтацию. В противном случае подавление важных, направленных на терапевта противоречивых чувств приводит к формированию непродуктивного табу, идущего вразрез с желаемыми нормами искренности и эмоциональной экспрессии. Кроме того, упускается возможность установить модель желаемого поведения. Терапевт, который выдерживает атаку, не разрушая себя и не пытаясь отомстить нападающим, а стремясь разобраться в источниках и последствиях атаки, демонстрирует группе, что агрессия не обязательно чревата трагическими последствиями и что она может быть выражена и понята в группе.

Третья стадия: развитие сплоченности. В этой стадии снижается напряжение, возрастает сплоченность, потребность в чувстве своей принадлежности к группе. Возникают общие нормы и ценности. Теряет свое значение проблема авторитета и лидера, повышается ответственность и активность членов группы, способность к групповой деятельности и совместной работе.

Центральной темой является разговор о себе и остальных членах группы с открытым выражением чувств. Группа вселяет в индивида чувство безопасности, предоставляет защиту, чтобы он смог открыться.

Хотя в этой фазе пациенты чувствуют себя более раскрепощенными и легче раскрываются, тем не менее возникают ограничения коммуникации иного качества: часто группа подавляет всякое выражение негативного аффекта, опасаясь, что он повредит сплоченности. В каком-то смысле участники объединяются против всего остального мира. Они поддерживают друг друга, гордятся своей группой, а если у кого-то из пациентов обнаруживаются противники во внешнем мире, вся группа горячо осуждает их. Однако через некоторое время «объятия группы» приобретут ритуальный характер. Чтобы этого не случилось, необходима свобода дифференциации и конфликта. Только когда все аффекты выражаются и конструктивно прорабатываются в сплоченной группе, она превращается в зрелую рабочую группу — состояние, длящееся всю оставшуюся жизнь группы, с периодической регрессией к предшествующим фазам. Это позволило И. Ялому выделить две фазы в стадии возрастающей сплоченности: раннюю, характеризующуюся большой степенью взаимной поддержки (группа против внешнего мира), и более позднюю, когда группа работает действительно командой и когда напряжение возникает не из-за борьбы за доминирование, а из-за работы каждого участника над своим собственным внутренним сопротивлением.

Некоторые терапевты акцентируют в своей работе все фазы развития группы. Так, в первой фазе, когда пациенты ждут от терапевта совета и помощи в решении своих проблем, терапевт никак не реагирует на их ожидания, сводит на нет их потребность в руководстве и намеренно повышает напряжение в группе. Во второй фазе терапевт провоцирует группу на открытую конфронтацию с ним путем «раскалывания» постепенно возникающего единства и сплоченности группы, в результате чего группа, окончательно разочаровавшись в нем, начинает обвинять его во всех своих бедах. В третьей фазе, когда формируются групповые нормы и возникает чувство сплоченности, группа уже не зависит от терапевта и может плодотворно работать самостоятельно. Таким образом, групповой терапевт в процессе созревания группы последовательно переходит из позиции «альфа» через позицию «противника» в позицию «бета».

Может быть и другая точка зрения. Например, С. Кратохвил сомневается в том, что группа ради конструктивной работы должна пройти через стадию агрессивности. Возможен альтернативный путь: терапевт, пользуясь своим авторитетом, организует и направляет активность группы, помогает выработать ей собственные нормы и стиль ра-

боты, а затем постепенно из активного руководителя (лидера) переходит на позицию наблюдателя. Можно с самого начала стимулировать и групповую сплоченность с помощью различных технических приемов, устранять изначальную неуверенность группы предоставлением ясной и точной информации.

Роли группового психотерапевта

Поведение группового психотерапевта, стиль его общения и манера реагирования играют важную роль в процессе психотерапии. При систематизации возможных типов поведения групповых психотерапевтов используют такие категории, как «роль», «ориентация», «терапевтический стиль».

И. Ялом выделяет две основные роли группового психотерапевта — технического эксперта и эталонного участника. Выступая в качестве эксперта, психотерапевт планомерно и целенаправленно использует свои знания и профессиональные навыки для достижения терапевтических целей и в нужный момент применяет соответствующие методы. В качестве эталонного участника он может преследовать двоякую цель: либо демонстрировать желательные образцы поведения (например, модель открытого выражения чувств или разумной сдержанности в проявлении эмоций), либо ускорять процесс социального научения путем децентрализации своего положения в группе, что ускоряет достижение группой независимости и сплоченности.

С. Кратохвил описывает пять основных ролей группового психотерапевта.

Роль лидера. В роли лидера терапевт открыто проявляет свою власть, оказывая постоянное воздействие на членов группы: побуждает их, оберегает, поддерживает, критикует и т. д. В руководимой таким способом группе пациенты часто обращаются к терапевту за указаниями, поддержкой и советом и сильно от него зависят.

Особое внимание активной роли терапевта уделяет школа трансакционного анализа; ее представители считают группу, в которой психотерапевт отказывается от руководства и становится как бы одним из членов группы, не психотерапевтической, а «встречей милых друзей».

Активная руководящая роль терапевта находит свое применение также во время работы над психодрамой и в гештальт-терапии.

Роль аналитика. В группах с психоаналитической ориентацией терапевт должен быть в распоряжении пациентов для осуществления

ими переноса на него инфантильных чувств к отцу и матери. Поэтому он должен представлять собой нечто вроде неисписанного белого листа. Он ведет себя абсолютно индифферентно, пассивно, никак себя не проявляет, не дает советов, никого не осуждает, не выражает никаких чувств и оценок.

Терапевт внешне все пускает на самотек, предоставляет членам группы возможность свободно ассоциировать и свободно проявлять свои интеракции. Вскоре группа сама поймет, что обсуждать полезно, а что — пустая трата времени. Психотерапевт постепенно начинает интерпретировать поведение и поступки пациентов, чтобы открыть им подсознательные их мотивы. В дальнейшем группа сама начинает принимать участие в толкованиях и обсуждениях.

Роль комментатора. Комментатор не руководит группой и не направляет ее деятельность. Время от времени он обобщает и комментирует все, что произошло в группе. Он полностью нацелен на групповой процесс и служит группе своеобразным зеркалом. Поэтому роль комментатора имеет особое значение в сеансах, ориентированных на интеракцию. Свои комментарии терапевт преподносит как бы не от себя лично, а в виде резюмированного описания деятельности группы без выражения собственных чувств и оценочных суждений.

Безличностный характер комментариев и отсутствие указаний часто вызывают агрессивную реакцию у группы, недовольство таким поведением терапевта. Группа может начать просто игнорировать терапевта, и он остается со своими комментариями словно в тени, как посторонний человек. Повторными комментариями терапевт все же направит внимание пациентов по определенному пути, и тогда члены группы поймут, что происходит.

Роль эксперта. Эксперт особого участия в обсуждении не принимает, о своих чувствах не говорит, но иногда советует, что следовало бы сделать, может подсказать содержание того или иного мероприятия либо в удобную минуту воспользоваться каким-нибудь психотерапевтическим приемом, например может предложить сыграть психодраматическую сценку или бессловесно выразить собственные чувства. Он координирует обсуждение: если кто-то не может проявить себя или даже просто получить слова, он может вынудить группу дать возможность этому человеку высказаться. Эксперт не навязывает определенных решений, собственного мнения, но не отказывается содействовать. Своими замечаниями он помогает группе подойти к какому-либо вопросу с разных сторон. Он не фрустрирует группу, не держит ее в напря-

жении из-за недостатка информации. Он объясняет все, чего пациенты не знают, и обучает тому, чего они не умеют.

Роль аутентичной личности. Терапевт ведет себя как один из членов группы, выражает свои подлинные чувства. Он становится моделью для подражания. Психотерапевт делает абсолютно все вместе со своей группой, без колебания делится личными проблемами. Благодаря аутентичному поведению и будучи примером для других, терапевт помогает создать в группе необходимые психотерапевтические нормы.

Вопрос об аутентичности терапевта является спорным. Подробно останавливаясь на этом вопросе, Кратохвил вводит определенные ограничения аутентичности, связывая их с личными качествами терапевта, с целями группы и с ее сиюминутными потребностями.

1. Ограничения, связанные с личными качествами терапевта. Искренность терапевта предполагает наличие у него таких качеств, как сочувствие, теплота, мягкость. Если же терапевт будет искренне проявлять свою раздражительность, упрямство и другие негативные качества, то ему лучше отказаться от роли аутентичной личности и выбрать для себя другую роль. Это, конечно, не значит, что терапевт не имеет права проявлять агрессию, упрямство, недовольство. Однако в целом пациент должен почувствовать, что терапевт добрый человек, который любит его.
2. Ограничения, связанные с целями группы. Чрезмерная откровенность терапевта может привести к тому, что группа начнет обсуждать его личные проблемы, а это не входит в задачи групповой терапии. Аутентичность терапевта должна быть избирательной: хотя терапевт и выражает свои чувства, он не касается своих внутренних проблем. Нецелесообразно также, чтобы терапевт подробно знакомил группу со своей биографией.
3. Ограничения, связанные с сиюминутными потребностями группы. Иногда аутентичное поведение терапевта может прийти в противоречие с тем, что в данный момент наиболее желательно с терапевтической точки зрения. Например, терапевт, как и другие участники группы, чувствует антипатию к девианту, но при этом осознает, что выражением своих подлинных чувств он только ухудшает положение девианта, усиливает его сопротивление и способствует уходу его из группы. Поэтому терапевт заступается за него, предоставляет частичную поддержку, чтобы хоть как-то уравновесить отрицательное отношение к нему всей группы.

Заслуживает внимания классификация стилей руководства М. Либермана (M. Lieberman), И. Ялома и М. Майлза (M. Miles), разработанная группой авторов на основании наблюдения за работой групповых терапевтов. Из 27 переменных, описывающих поведение руководителей групп, исследователи выделили четыре основных стиля руководства: эмоциональная стимуляция, опека, познавательная ориентация, исполнительная функция.

1. Эмоциональная стимуляция: руководитель группы стимулирует проявление различных чувств, конфронтацию отдельных членов группы. Он участвует в происходящем как равноправный член группы. Возбуждает остальных, проявляет нетерпение, раздражительность или теплоту и любовь. Его поведение говорит: «Посмотрите на меня и делайте, как я!»
2. Опека: терапевт окружает членов группы заботой и вниманием, обеспечивает эмоциональную поддержку. Он открыто проявляет свою теплоту, вступает в специфические личные отношения с отдельными участниками группы.
3. Познавательная ориентация: терапевт вербализует чувства, которые испытывают пациенты, объясняет смысл поведения конкретного человека или всей группы, интерпретируют переживания. Он «переводит» чувства и поведение на обыкновенный язык.
4. Исполнительная функция: руководитель группы устанавливает правила, определяет нормы, направляет деятельность, следит за временем, расспрашивает, предлагает, советует, решает. Он действует как режиссер, который по необходимости останавливает действие и сосредоточивает внимание на определенном поведении члена группы или группы в целом. Терапевт держит группу в полном повиновении и использует собственное положение для достижения цели.

В связи с тем что стили поведения у разных терапевтов по-разному комбинируются и в разной степени проявляются, исследователи создали следующую типологию руководителей групп.

1. Опекуны: заботятся о пациентах, обеспечивают познавательную ориентацию и советуют, как себя изменить.
2. Стимуляторы: имеют высокий уровень эмоционального стимулирования и средний или высокий уровень исполнительной функции.
3. Социальные инженеры: ориентированы на группу и занимаются отношением членов группы к ней самой. В своем поведении малоиндивидуальны, проявляют умеренный уровень заботы и поддержки. Интересуются скорее группой, чем индивидом.

4. Личностно-нейтральные руководители: постоянно сохраняют дистанцию, возбуждают агрессивным способом. Для них характерны эмоциональное стимулирование средней силы и слабая забота.
5. Либеральные руководители: преобладает познавательная ориентация; достаточно низкий уровень проявления остальных трех стилей.
6. Командиры: высшая степень проявления исполнительной функции, авторитарность, частое использование различных упражнений.

Описанные типы руководителей групп приведены в порядке их эффективности для терапии. Первые три типа считаются эффективными, последние три — малоэффективными.

Иногда руководитель группы постоянно придерживается выбранной им роли, иногда он меняет ее в процессе эволюции группы. Например, на начальном этапе терапевт занимает позицию комментатора или аналитика, а в дальнейшем, по мере созревания группы, переходит в позицию эксперта или аутентичной личности.

Котерапевт

Часто группой руководят два терапевта, или тренера. В некоторых случаях в роли котерапевта выступает начинающий врач или психолог, приобретающий опыт руководства группой. В других случаях профессиональный уровень терапевта и котерапевта одинаков.

Для терапевта присутствие коллеги дает ему прежде всего возможность получить обратную связь относительно своего поведения в группе.

Предпочтительнее, чтобы одним из руководителей был мужчина, а другим — женщина. В аналитически-ориентированных группах они служат «мишенями» для переноса чувств к родителям. Один терапевт может выступать более авторитарно, другой больше заниматься «опекунскими» делами, один повышает, а другой снижает групповое напряжение и т. п.

Должны ли руководители группы быть всегда в согласии друг с другом или они могут выражать разные взгляды? Должны ли они утаивать от группы реальный конфликт, который может возникнуть между ними, или обсудить его публично на одном из сеансов? Если они выбрали позицию аутентичных личностей, то они должны выражать взаимную неудовлетворенность и несогласие. Если кто-то из них признает свою ошибку или заблуждение, то такая откровенность может стать моделью действительных человеческих отношений. Однако те-

рапевты должны постоянно контролировать свое поведение и не допускать, чтобы их соперничество использовалось членами группы в нетерапевтических целях.

Ориентация группового сеанса

Биографическая ориентация. Это ориентация на отдельного пациента, который находится в центре внимания группы. Основные интеракции связаны с ним. Пациент говорит о своей проблеме, а группа дает ему обратную связь, участники выражают свои чувства, демонстрируют отношения.

Хотя ориентация на отдельного члена группы и называется «биографической», это название недостаточно точно передает ее содержание. Биография представляет собой только один из возможных вариантов такого сеанса. Сеанс может быть посвящен текущему поведению пациента в группе, его конфликтам за рамками группы без биографического разбора.

Если речь идет об актуальном конфликте пациента вне группы, то такой сеанс именуется «фокально-ориентированным» П. Петерсен (P. Petersen). При этом ставится основной вопрос: какой видит группа внутреннюю проблему данного человека и как бы все остальные вели себя в подобном случае? Обсуждение вопроса способствует коррекции поведения обсуждаемого пациента.

При изложении своей биографии пациент не связан никакими ограничениями как относительно формы, так и содержания. По окончании он отвечает на вопросы и предоставляет дополнительную информацию. Задача психотерапевта здесь состоит в том, чтобы стимулировать группу к сбору информации. Если возникает молчание, терапевт может задать группе вопрос о впечатлениях и эмоциях, вызванных рассказом пациента о себе. Обсуждение одной биографии может занимать от одного до трех занятий. Отдельные члены группы могут идентифицироваться с обсуждаемым пациентом, проецировать собственную проблематику, иногда проявлять агрессивность или демонстративное поведение. Если эти механизмы проявляются достаточно выразительно, то психотерапевт или кто-либо из членов группы обращает внимание на поведение пациента и группа анализирует его в ходе дискуссии. Психотерапевт должен стремиться к постоянному сопоставлению проблематики обсуждаемого пациента с проблематикой других пациентов, уже известной группе. Отношения, установки и поведение пациента в прошлом (о котором он рассказывает) сравниваются с его поведением во время лече-

ния, которое группа имеет возможность наблюдать. Таким образом, обсуждение биографии одного из пациентов переплетается с обсуждением актуального поведения и проблематики остальных пациентов.

При обсуждении проблем и психотравмирующих ситуаций отдельного пациента психотерапевт ориентирует группу в направлении получения ответов на вопросы: каковы особенности его отношений; почему они именно таковы; почему у него возник невроз? Сходный характер имеет обсуждение поведения пациента в отделении и его конфликтов в группе, с той особенностью, что это обсуждение проводится в контексте групповых явлений, таких как лидерство в группе, соперничество, принятие или отвержение группой, атмосфера в ней на сегодняшний день и т. д.

В открытой группе проблематика пациента обсуждается повторно перед его уходом из группы в связи с окончанием лечения. Выписывающийся пациент сначала сам делится своими впечатлениями и соображениями относительно отношения к себе и окружению. Затем группа обсуждает участие пациента в терапии, его отношения с группой, установки, проявившиеся в ходе терапии, а также изменения в его поведении за время психотерапевтического лечения. Если пациент уходит из группы лишь с незначительным улучшением либо вообще без улучшения, группа обсуждает причины этого.

Следует учесть, что приводимое описание является схематизированным; на практике психотерапевт должен стремиться к тому, чтобы занятия раз от раза не были монотематическими. Далеко не во всех случаях терапевтически эффективна концентрация внимания всей группы в течение длительного времени только на одном пациенте, не говоря уже о том, что монотематическая дискуссия становится для группы утомительной.

Тематическая ориентация. Сеанс ориентирован на вопросы и проблемы, решение которых имеет большое значение для всех членов группы. Участники высказывают свои мнения, выражают чувства, настроения. Тематические сеансы позволяют соотнести собственные проблемы с данной темой, сопоставить свой опыт с опытом других людей. Темы дискуссий могут возникать спонтанно или быть заранее запланированы.

Особенностью тематически ориентированных сеансов является то, что личные проблемы разбираются здесь не впрямую, а опосредованно. Пациенты перерабатывают значительную часть своих внутренних проблем. Это выгодно в группе с еще недостаточно развитой откровенностью. Некоторые пациенты не раскрывают своих проблем из-за

чувства страха или стыда. Для раскрытия этих проблем предлагается обсуждение двух тематик: проблемы секса и агрессивности.

Интеракционная ориентация. Интеракционный сеанс ориентирован больше на сам процесс, чем на его содержание. Он ориентирован на групповую динамику, на то, что происходит между членами группы, на отношения и взаимные реакции, их изменение и развитие.

Интеракционную ориентацию можно также называть центрированной на группе, поскольку в центре внимания находится не какой-нибудь конкретный пациент или тема, а вся группа в целом, интерперсональные отношения между участниками группы. Психотерапевтическая группа является моделью естественных малых социальных групп, она представляет собой маленькую лабораторию, в которой люди учатся понимать закономерности человеческих отношений на основании собственных реакций. Члены группы, с одной стороны, включены в интеракции и переживают их, а с другой стороны, эти самые интеракции наблюдают, комментируют, обобщают, объясняют и т. д. Психотерапевты, или тренеры, помогают им в этом.

Интеракционная ориентация чаще всего реализовывается с помощью неструктурированного сеанса, двухуровневого сеанса и сеанса с использованием интеракционных техник.

1. *Неструктурированные интеракционные сеансы.* Терапевт не управляет группой. У группы нет запланированной программы. При определенном поведении терапевта в группе наблюдается развитие характерных фаз. Терапевт выступает в роли комментатора: он обращает внимание на происходящее в группе редкими комментариями, обобщениями, гипотетическими интерпретациями групповой деятельности.

Конструктивно работающая интеракционная группа не нуждается для возникновения интеракций ни в теме, ни в биографическом материале — сеанс может протекать без специфического содержания. Уже одно обыкновенное молчание и реакция участников группы при этом — мимика, смущенные шутки, нашептывание соседу и, конечно же, возникающие чувства — представляют богатый материал для переживания и анализа групповой интеракции.

2. *Двухуровневые сеансы.* На первом уровне протекает биографический или тематический сеанс, когда обсуждается индивид или какой-нибудь вопрос, представляющий определенное значение для членов группы. На втором уровне психотерапевт наблюдает за теми интеракциями, которые заключены в контексте вербального или невербального поведения пациентов. Терапевт обращает внимание группы своими ком-

ментариями именно на эти проявления, и группа начинает обсуждать этот второй — интеракционный, или процессуальный — уровень группового действия.

Постепенно можно создать в группе специфическую направленность, обучить вниманию и воспитать чувствительность всех членов группы к данным интеракционным аспектам, обсуждение которых чередуется в дальнейшем с обсуждением внешних, содержательных аспектов взаимодействия.

Это можно пояснить следующим примером, который приводит Кратохвил. Группа обсуждает неудовлетворенность Милана своей жизнью. Мария высказывает мнение, что ему надо бы больше заниматься своим любимым делом, на что Светлана возражает: «Невозможно заниматься только своим любимым делом, если необходимо копить деньги на квартиру». На биографическом уровне оба высказывания можно воспринимать как дифференцированную обратную связь для Милана — как критику и совет со стороны одной девушки и сочувствие со стороны другой. На уровне же групповой динамики можно обратить внимание на то, что Светлана реагировала на слова Марии очень быстро и при том диаметрально противоположным замечанием, что, скорее всего, учитывая отношения девушек в группе, можно объяснить проявлением соперничества. Интеракция в таком случае может быть прокомментирована следующим образом: «Светлана стремится обесценить суждение Марии». Таким образом стимулируется восприятие подтекста этой интеракции.

3. *Сеансы с применением интеракционных техник.* Для усиления эмоционального переживания и получения материала для интеллектуальной переработки интеракции используются некоторые техники. Психотерапевт играет при этом роль безучастного комментатора, использующего данные техники, или роль аутентичной личности, делясь с группой своими собственными переживаниями. Наиболее известные интеракционные техники приводятся ниже при описании методики проведения групповой патогенетической психотерапии.

Итак, мы рассмотрели различные ориентации группового сеанса: биографическую, тематическую и интеракционную. Однако такое разделение групповых сеансов является в известной степени искусственным. На практике все эти три ориентации часто комбинируются в одном сеансе. Подобное деление имеет прежде всего дидактическое значение, так как мы хотим уяснить себе, о каких, собственно, процессах внутри группы идет речь.

Каждая групповая интеракция имеет три аспекта: Я (индивид), Мы (группа) и Оно (тема). В задачу руководителя группы входит удержание всех аспектов в динамическом равновесии. Это осуществляется следующим образом: если группа реагирует слишком эмоционально, руководитель прибегает к рассуждению; если группа слишком рациональна, он говорит о своих чувствах, а если в центре внимания долгое время оказывается какой-нибудь пациент, то руководитель ориентирует группу на определенную тему.

С точки зрения места и времени, к которым адресуется дискуссия, различают ориентацию на «здесь и сейчас», то есть на все происходящее в группе, и на «там и тогда», то есть на обсуждение анамнеза, прошлых проблем, изучение развития личности и патогенеза невроза. Часто между этими двумя ориентациями ищутся соответствия, например, как в ситуации «здесь и сейчас» отражается и повторяется то, что было «там и тогда».

В современной практике встречаются три основных направления.

Первое направление ориентировано на современность, на «здесь» (то, что является актуальным в терапевтической группе) и на «там» (то, что актуально за пределами терапевтической группы, дома). Ситуация «здесь» используется с целью интерперсонального осознания актуальных проблем без стремления к генетическому осознанию их источников в прошлом. С помощью интерперсонального осознания пациенты решают свои внутренние проблемы, кризисные ситуации. Терапия ориентирована на внегрупповую проблематику, например супружеский или производственный конфликт. Эта проблематика является для пациента в его настоящей жизни наиболее важной и значительной. Данный подход основывается на том, что интерперсональные проблемы пациента остаются актуальными до тех пор, пока они удерживаются его собственным поведением и поведением других, с кем он взаимодействует. Решение конфликтов, следовательно, заключается в замене старого способа поведения новым. Ничего больше не требуется. Исследования Ялома свидетельствуют о том, что вскрытие корней актуального поведения в детстве не является более эффективным для изменения поведения, чем простая конфронтация с этим поведением «здесь и сейчас».

Второе направление устанавливает связи актуального поведения с прошлым и считает генетическое осознание более существенным для терапевтического изменения. Это направление, в частности, представлено нашей отечественной патогенетической психотерапией В. Н. Мя-

сищева. Специфическая ориентация на период детства типична для аналитически ориентированной групповой психотерапии, которая за актуальным конфликтом ищет глубинный, основной конфликт.

Третье направление ориентируется исключительно на ситуацию «здесь и сейчас». Эта ориентация применяется в лабораторных Т-группах и в некоторых типах групп «встреча». В этих группах стремятся к повышению чувствительности пациентов к людям, человеческим отношениям, к развитию способности эффективно общаться с людьми, то есть к стимуляции актуальных коррективных переживаний без привлечения прошлого опыта и настоящего внегруппового опыта общения. Работа идет на основе интеракционного принципа только с тем материалом, который появляется непосредственно во время сеанса групповой терапии.

Теоретические основы групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

В. Н. Мясищев указывал, что понятие «отношение» приоткрывает дверь в мир синтетических категорий, среди которых одним из наиболее важных он считал общение — процесс взаимодействия людей, являющийся необходимой предпосылкой формирования и развития личности. Поскольку процесс этот всегда протекает в условиях той или иной группы, мы не можем не учитывать всей важности роли группы в формировании индивидуальной системы отношений.

Согласно взглядам выдающегося русского психолога Л. С. Выгодского, высшие психические функции складываются первоначально между людьми как интерпсихическая категория, а только затем в личности как интрапсихическая. С первых же дней своей жизни, являясь участником самых различных социальных групп (начиная с нуклеарной семьи и последовательно включаясь во все более широкие и дифференцированные группы, такие как дошкольные, школьные, профессиональные, дружеские и т. д.), человек усваивает нормы этих групп, учится занимать в них определенные позиции, выполнять определенные роли, соотносить собственные тенденции с требованиями группы и т. д. Интериоризация этих норм, ролей, позиций и ведет к развитию и формированию личности как индивидуальной системы обществен-

но значимых отношений. Если же развитие это протекает в неблагоприятных условиях, то диапазон социального поведения человека, а следовательно, и его система отношений окажутся суженными, неадекватными и в субъективно трудной ситуации не смогут обеспечить ему полноценного функционирования и развития.

Корни невроза, как и особенности личности, закладываются в раннем детстве. Семья, таким образом, является первичной моделью социальной группы, в которой ребенок начинает формироваться как личность, приобретает первые навыки межличностного общения, первый опыт эмоционального восприятия и переживания. Если же этот опыт окажется неблагоприятным (а это бывает следствием нарушения отношений в семье), у ребенка начинают вырабатываться неадекватные отношения и формы эмоционального реагирования. В зависимости от степени и силы выраженности эти первичные нарушения могут значительно затруднять возможности последующей коррекции через участие в новых для индивида социальных группах, а зачастую по принципу «порочного круга» могут даже усиливаться, приводя в конце концов к выраженному невротическому конфликту, который всегда проявляется не только в индивидуальных, личных проблемах больного неврозом, но и в его нарушенных межличностных отношениях — отношениях с другими людьми.

С этой точки зрения особое значение приобретает возможность направленного использования группы для воздействия на отдельных ее участников, причем особо ценной для психотерапевтической практики является возможность достижения изменений не только внешних, поведенческих реакций, но и особенностей эмоционального восприятия и реагирования, ценностных ориентаций и в конечном счете — системы отношений больного. Психотерапевтический потенциал групповых методов не ограничивается возможностью использования воздействия группы на отдельного ее участника. Если бы психотерапевтическое воздействие группы ограничивалось лишь этим феноменом, то групповые методы не имели бы никаких дополнительных механизмов коррекции по сравнению с индивидуальной психотерапией (в одном случае инструментом воздействия выступает психотерапевт, в другом — группа) и это было бы единственное различие. Групповая психотерапия представляет собой иное воздействие на внутриличностные структуры.

В психотерапевтической группе каждый пациент моделирует свою реальную жизненную ситуацию, использует привычные для него сте-

реотипы поведения, реализует характерные отношения и установки. Здесь он получает возможность посмотреть на себя со стороны, понять непродуктивный характер своего поведения и общения, в психотерапевтической обстановке прийти к изменению нарушенных отношений, приобретая навыки полноценного общения, отказываясь от невротических защитных механизмов, осваивая иные, более адекватные формы эмоционального реагирования и поведения.

Таким образом, групповой психотерапевтический процесс охватывает не только индивидуальную проблематику пациента в ее непосредственном выражении, но и преломление индивидуальных проблем в реальных отношениях, складывающихся в группе: с другими членами группы, с группой как целым, с психотерапевтом (Б. Д. Карвасарский, В. А. Мурзенко). Специфичность групповой психотерапии заключается в осознанном и целенаправленном использовании всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих у участников группы (включая психотерапевта), то есть происходит целенаправленное использование групповой динамики в лечебных целях.

Другим теоретическим основанием для разработок проблем групповой патогенетической психотерапии наряду с концепцией интериоризации Л. С. Выгодского служит стратометрическая концепция групповой активности А. В. Петровского (теория деятельностного опосредования межличностных отношений в группе).

Эта концепция преодолевает ограниченность зарубежных теорий групповой динамики, в рамках которых группа рассматривается лишь как совокупность интеракционистских и коммуникативных актов без учета содержательной стороны деятельности группы. В этих теориях параметры групповой активности относятся лишь к самому низкому уровню развития группы — к диффузной группе.

В диффузной группе определяющими являются непосредственные отношения и непосредственное взаимодействие (интеракции) индивидов: эмоциональные контакты, податливость или сопротивление групповому взаимодействию и т. п. Эти взаимодействия и отношения не опосредованы содержательной стороной совместной коллективной деятельности. Здесь оказывается правомерным подразделение индивидов на конформистов и нонконформистов, на «звезд» и «отверженных».

Развитая группа, или коллектив, в отличие от диффузной группы характеризуется иными параметрами: здесь взаимодействие и взаимоотношения опосредованы целями, задачами и ценностями совместной деятельности, ее реальным содержанием.

Согласно А. В. Петровскому, структуру малой группы можно представить как состоящую из трех слоев (страт).

1. Внешний уровень — уровень эмоциональных межличностных отношений. Отношения на этом уровне строятся на основе привязанностей или антипатий, имеют непосредственно эмоциональную основу.
2. Ценностно-ориентационное единство. Этот страт характеризуется тем, что отношения здесь опосредованы совместной деятельностью. Другой член группы «принимается» каждым на том основании, что мир его ценностных ориентаций схож с его собственным миром ценностей.
3. На третьем уровне отмечается еще большее включение индивида в совместную групповую деятельность. Члены группы разделяют цели групповой деятельности. Это «ядерный» слой внутригрупповых отношений.

Три страта групповых структур, по А. В. Петровскому, могут одновременно быть рассмотрены и как три уровня развития группы, в частности три уровня групповой сплоченности. На первом уровне сплоченность выражается развитием эмоциональных контактов. На втором уровне (что соответствует ценностно-ориентационному единству) происходит дальнейшее сплочение группы, и теперь это выражается в совпадении основной системы ценностей, связанных с процессом совместной деятельности. На третьем уровне (что соответствует «ядерному» слою внутригрупповых отношений) интеграция группы, а значит, и ее сплоченность проявляются в том, что все ее члены начинают разделять общие цели групповой деятельности.

Использование стратометрической концепции позволяет глубже понять специфику групповой динамики. Открываются новые перспективы повышения эффективности групповой психотерапии путем целенаправленного воздействия на процессы формирования и развития психотерапевтической группы.

Целью группового психотерапевта является *превращение диффузной группы в психотерапевтический коллектив*. Коллектив — это общность людей, в которой межличностные отношения опосредуются общественно ценным и личностно значимым содержанием совместной деятельности. Поэтому задача психотерапевта заключается не только в том, чтобы создать «психотерапевтическую атмосферу», способствующую разрешению проблематики отдельных участников (на чем обычно делается акцент), а также и в том, чтобы в процессе группово-

го общения сформировать некоторые опосредующие его общегрупповые ценности, которые, интериоризуясь, могли бы стать «новыми» свойствами личности, обеспечивающими процесс последующей реабилитации.

Предметом совместной деятельности всех членов психотерапевтического коллектива является система отношений каждого из его членов. Коррекция неадекватных отношений, формирование социально-приемлемой системы отношений у каждого члена группы и является социально и личностно-значимым в предмете совместной деятельности всех.

Пациент, пришедший в группу, изначально мотивирован лишь своими личными проблемами и не обнаруживает заинтересованности в излечении каждого члена группы. В результате направленной работы психотерапевта члены психотерапевтической группы начинают осознавать необходимость кооперации усилий, необходимость активного участия во внутригрупповом взаимодействии. Пациент на первых же этапах групповой психотерапии несколько меняет свою позицию и начинает рассматривать группу в целом и каждого ее члена в качестве «инструмента» психотерапевтического воздействия. Иными словами, он осознает пользу группы для самого себя. Члены группы начинают понимать, что метод групповой психотерапии предполагает такое взаимодействие, при котором каждый будет проявлять заботу о других, вникать в переживания, проблемы других. В сознании каждого утверждается понимание того факта, что сосредоточение на себе, безразличие к переживаниям, проблемам другого блокируют лечебные возможности метода групповой психотерапии. Таким образом, достигается осознание необходимости *совместной деятельности*, понимание невозможности достижения поставленной цели без включения в совместную групповую деятельность, без подчинения ее законам.

В группе, не достигшей стадии коллектива, мотивом деятельности каждого из ее членов является его собственное выздоровление. Но поскольку выздоровление достигается в процессе группового взаимодействия, то участие в этом взаимодействии выступает целью, отвечающей мотиву деятельности каждого. Именно такого рода ценностные представления членов группы и опосредуют межличностные отношения в ней. Отсюда и определенный интерес к делам другого, к его переживаниям и т. п.

В группе, достигшей стадии коллектива, нормой является положение, при котором здоровье другого, восстановление им полноценных контактов с социальным окружением, сознательное и достойное участие в жизни общества, вся его дальнейшая судьба выступают *самосто-*

ятельной ценностью. Именно на это направлена совместная деятельность психотерапевтического коллектива.

Таким образом, не следует забывать, что мотив, с которым приходит в психотерапевтическую группу пациент, и мотив, которым руководствуется в работе с группой психотерапевт, не совпадают. В этом нет ничего удивительного. Психотерапевт заинтересован в выздоровлении каждого члена группы, всей группы в целом. Пациент изначально мотивирован лишь своими личными проблемами и не обнаруживает подобной заинтересованности в излечении каждого члена психотерапевтической группы, в котором он пока видит случайного (может быть, симпатичного, а возможно и антипатичного) попутчика.

На первых же этапах групповой психотерапии пациент несколько меняет свою позицию и начинает рассматривать группу в целом и каждого ее члена в качестве своего рода инструмента психотерапевтического воздействия. Иными словами, он осознает пользу психотерапевтической группы для себя самого. Переход от диффузной психотерапевтической группы к сообществу, где отношения опосредованы задачей деятельности, таким образом, уже оказывается намечен. Но это еще не переход к психотерапевтическому коллективу.

Коллективом психотерапевтическая группа становится, когда мотивы психотерапевта и каждого члена группы начинают совмещаться, совпадать, когда в группе обнаруживается система отношений, которая реализует принцип «здоровье каждого — богатство всех». Деятельность группы здесь направлена на решение проблем каждого ее члена, и тем самым межличностные отношения и личные проблемы каждого оказываются трансформированными в направлении, желательном для психотерапевта и успеха лечения.

Задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Цели и задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии формулируются в общем виде как для индивидуальной, так и для групповой психотерапии, но решаются с помощью средств, применяемых в каждой из этих форм. Учитывая три плоскости ожидаемых изменений, задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии могут быть сформулированы следующим образом (Г. Л. Исурина).

1. Познавательная сфера (когнитивный аспект, интеллектуальное осознание). Процесс психотерапии должен помочь пациенту осознать:

- связь между психогенными факторами и возникновением, развитием и сохранением невротических расстройств;
- какие ситуации вызывают напряжение, тревогу, страх и другие негативные эмоции, провоцирующие появление, фиксацию и усиление симптоматики;
- связь между негативными эмоциями и появлением, фиксацией и усилением симптоматики;
- особенности своего поведения и эмоционального реагирования;
- как воспринимается его поведение другими, как оценивают окружающие те или иные особенности поведения и эмоционального реагирования и как реагируют на них, какие последствия это поведение имеет;
- существующее рассогласование между собственным образом Я и восприятием другими;
- собственные мотивы, потребности, стремления, установки, особенности поведения и эмоционального реагирования, а также степень их адекватности, реалистичности и конструктивности;
- характерные защитные механизмы;
- внутренние психологические проблемы и конфликты;
- более глубокие причины переживаний, способов поведения и эмоционального реагирования начиная с детства, а также условия и особенности формирования своей системы отношений;
- собственную роль, меру своего участия в возникновении, развитии и сохранении конфликтных и психотравмирующих ситуаций, а также того, каким путем можно было бы избежать их повторения в будущем.

В целом задачи интеллектуального осознания в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии сводятся к трем следующим аспектам: осознание связей ситуация—личность—болезнь; осознание интерперсонального плана собственной личности; осознание генетического (исторического) плана. Сходные задачи или стадии осознания выделяются и в рамках других психотерапевтических концепций (прежде всего психодинамических). При этом подчеркивается, что первая стадия осознания, которая условно обозначается как ситуация—личность—болезнь, не имеет определяющего значения для собственно психотерапевтической эффективности. Она скорее создает устойчивую

мотивацию для активного и осознанного участия пациента в психотерапевтическом процессе.

2. Эмоциональная сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

- получать эмоциональную поддержку со стороны психотерапевта или группы, пережить положительные эмоции, связанные с принятием, поддержкой и взаимопомощью;
- пережить в рамках психотерапевтического процесса те чувства, которые он часто испытывает в реальной жизни, воспроизвести те эмоциональные ситуации, которые были у него в реальной жизни и с которыми он не мог справиться;
- пережить неадекватность некоторых своих эмоциональных реакций;
- научиться искренности в чувствах к себе и другим людям;
- стать более свободным в выражении собственных позитивных и негативных эмоций;
- научиться более точно вербализовать и понимать собственные чувства;
- раскрыть свои проблемы с сопутствующими им переживаниями (зачастую ранее скрытыми от самого себя или искаженными);
- модифицировать способ переживаний, эмоционального реагирования, восприятия себя самого и своих отношений с другими;
- произвести эмоциональную коррекцию своих отношений.

В целом задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в эмоциональной сфере охватывают четыре основных аспекта: точное распознавание и вербализацию собственных эмоций, а также их принятие; переживание заново и осознание прошлого эмоционального опыта; непосредственное переживание и осознание опыта психотерапевтического процесса и своего собственного; формирование более эмоционально благоприятного отношения к себе.

3. Поведенческая сфера. Процесс психотерапии должен помочь пациенту:

- увидеть собственные неадекватные поведенческие стереотипы;
- приобрести навыки более искреннего, глубокого и свободного общения;
- преодолеть неадекватные формы поведения, проявляющиеся в процессе психотерапии, в том числе связанные с избеганием субъективно сложных ситуаций;

- развить формы поведения, связанные сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью;
- закрепить новые формы поведения, в частности те, которые будут способствовать адекватной адаптации и функционированию в реальной жизни;
- выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

В самом общем виде направленность личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии применительно к поведенческой сфере может быть сформулирована как задача формирования эффективной саморегуляции на основе адекватного, точного самопонимания и более эмоционально благоприятного отношения к себе.

Таким образом, задачи личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии фокусируются на трех составляющих самосознания: самопонимании, отношении к себе и саморегуляции, а общая цель может быть определена как формирование адекватного самосознания и расширение его сферы (Г. Л. Исурина).

Механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

В качестве основных механизмов лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии могут рассматриваться: корригирующий эмоциональный опыт, конфронтация и научение (Г. Л. Исурина).

Коррективный эмоциональный опыт. Это понятие включает несколько аспектов, и прежде всего эмоциональную поддержку. Эмоциональная поддержка означает для пациента принятие его психотерапевтом (или психотерапевтом и группой), признание его человеческой ценности и значимости, уникальности его внутреннего мира, готовности понимать его, исходя из его отношений, установок и ценностей. Конструктивная переработка содержания обратной связи, становление адекватного самопонимания предполагает принятие пациентом новой информации о себе, которая часто не соответствует собственным представлениям. Низкая самооценка, эмоционально неблагоприятное

отношение к себе препятствуют восприятию пациентом новой информации, обостряя действие защитных механизмов. Более позитивная самооценка, напротив, снижает уровень психологической угрозы, уменьшает сопротивление, делает пациента более открытым для принятия новой информации и нового опыта. Эмоциональная поддержка оказывает стабилизирующее положительное воздействие на самооценку, повышает степень самоуважения и таким образом производит корригирующее эмоциональное воздействие на такой важнейший элемент системы отношений, каким является отношение к себе, практически всегда неадекватное в структуре отношений невротической личности.

Принятие пациента психотерапевтом (или группой) способствует развитию сотрудничества, облегчает усвоение пациентом психотерапевтических норм, повышает его активность и ответственность в психотерапевтическом процессе, создает условия для самораскрытия.

Коррективный эмоциональный опыт связан также с переживанием пациентом своего прошлого и актуальной ситуации. Воспроизведение в ходе психотерапии различных эмоциональных ситуаций, с которыми пациент не мог справиться в жизни, позволяет в особых психотерапевтических условиях вычленить эти переживания, проанализировать их, пережить и переработать, а также выработать более адекватные формы эмоционального реагирования. При этом вовсе не обязательно, чтобы эти ситуации были абсолютно идентичны по содержанию, в данном случае речь идет о совпадении эмоций, их сопровождающих.

Конфронтация. По мнению большинства исследователей, она является ведущим механизмом лечебного действия психотерапии, ориентированной на личностные изменения. Конфронтация понимается как «столкновение» пациента с самим собой, со своими проблемами, конфликтами, установками, характерными эмоциональными и поведенческими стереотипами и осуществляется в основном за счет обратной связи между участниками психотерапевтического процесса.

В ходе индивидуальной психотерапии основным инструментом обратной связи выступает психотерапевт, который не столько привносит в нее свое содержание, сколько «отражает» различные аспекты психологической реальности пациента, фокусируя внимание на сложностях и противоречиях. Обратная связь в групповой психотерапии является более многоплановой, поскольку осуществляется между каждым из членов группы и группой как целым.

Благодаря наличию обратной связи каждый из участников группы получает информацию о том, какие эмоциональные реакции у окру-

жающих вызывает его поведение, как он воспринимается другими, в каких случаях его интерпретация эмоционального содержания межличностной ситуации оказывается неадекватной и влечет за собой столь же неадекватную реакцию, каковы цели и мотивы его поведения, насколько его актуальное поведение способствует достижению этих целей, какие эмоциональные и поведенческие стереотипы характерны для него, какую связь видят другие между его прошлым и актуальным опытом и поведением.

Обратная связь дает возможность участнику группы понять и оценить значение собственной роли в типичных для него межличностных конфликтах и через это глубже понять свои невротические проблемы и особенности своих отношений в прошлом и настоящем. Пациент видит себя как бы в разных зеркалах, которыми являются участники психотерапевтической группы. Информация часто противоречит или не согласуется с существующим образом Я, и задача психотерапии заключается в расширении его путем интеграции полученной информации.

Научение. Научение в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии осуществляется как прямо, так и косвенно. Групповая психотерапия представляет для реализации этого механизма более благоприятные условия. Группа выступает как модель реального поведения пациента, в которой он проявляет типичные для него поведенческие стереотипы, и таким образом создает условия для исследования пациентом собственного межличностного взаимодействия, поведения, позволяет вычленить в нем конструктивные и неконструктивные элементы, приносящие удовлетворение или вызывающие негативные переживания.

Групповая ситуация является ситуацией многопланового, реального, эмоционального межличностного взаимодействия, что в значительной степени облегчает отказ от неадекватных поведенческих стереотипов и выработку навыков полноценного общения. Эти изменения позитивно подкрепляются в группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям, которые приносят удовлетворение ему самому и позитивно воспринимаются окружающими.

Глава 6

Интеграция гештальт-терапии

Гештальт-терапия, созданная Фредериком Перлзом в начале 1950-х гг., получила распространение в Соединенных Штатах и Канаде в 1960–1970-х гг. в связи с ростом «движения за актуализацию человеческого потенциала», где она становится в один ряд с такими традиционными в лечении эмоциональных расстройств направлениями психотерапии, как психоанализ и бихевиоральная терапия. Что касается Западной Европы, то еще в 1984 г. Р. Тиллет (R. Tillet) указывал на то, что в Англии с теорией и методами этой терапии знакомы всего несколько психиатров. По мнению этого автора, в этом повинны «заокеанская репутация» и радикальный характер гештальт-терапии. Перлз был убежден, что подлинно холистический (целостный) взгляд на человека и психотерапию требует существенной деинтеллектуализации. Западный интеллект, по словам Перлза, становится бледной и немощной подменой непосредственного чувствования и переживания. Перлз полагал, что интеллект в западной культуре переоценивается и используется чрезмерно, особенно в попытке понять человеческую природу. Он в большей мере верил в то, что называл «мудростью организма», и эту мудрость он понимал как своего рода интуицию, основанную скорее на эмоциях, чем на интеллекте. Интеллект Перлз часто сравнивал с компьютером. Постоянное стремление выяснить, *почему* происходит нечто, мешающее людям пережить, *как* это происходит: подлинное эмоциональное осознание блокируется изобретенными объяснениями. Объяснение же, по Перлзу, — особенность интеллекта, не имеющая отношения к пониманию. Антиинтеллектуальная позиция Перлза отражена в его известном афоризме: «Забудь о своем уме и доверься чувствам».

К. Рудестам, оценивая гештальт-терапию, пишет о том, что Перлз был терапевтом с уникальной интуицией и чувствительностью, его яркая, незаурядная личность, а также вызывающий стиль в глазах многих людей носили отпечаток большой самонадеянности. В настоящее время последователи Перлза, занимаются ли они только гештальт-терапи-

ей или заимствуют некоторые ее приемы, принимают те теоретические понятия гештальт-терапии и используют те ее техники, которые в наибольшей степени соответствуют их стилю.

Предыстория гештальт-терапии

Фредерик (Фриц) Перлз (1893–1970) родился в Берлине в мелкобуржуазной еврейской семье. Получив медицинское образование, он специализировался по психиатрии. В 1926 г. работал в Институте военных мозговых травм в Берлине под руководством Курта Гольдштейна — одного из пионеров гештальт-психологии. Благодаря этому сотрудничеству он проникся пониманием того, что человеческий организм нужно рассматривать как целое, а не как конгломерат отдельно функционирующих частей. В 1927 г. Перлз переехал в Вену и начал психоаналитическое обучение. Его анализировал Вильгельм Райх, с ним работали выдающиеся представители раннего психоаналитического движения — Карен Хорни, Отто Фенихель, Элен Дойч и др. В 1933 г., с приходом к власти Гитлера, Перлз бежал в Голландию, а затем в Южную Африку, где основал Южно-африканский институт психоанализа. Несколькими годами позже Перлз открыто порвал с психоаналитическим движением, а в 1946 г. эмигрировал в Соединенные Штаты. В 1952 г. он основывает в Нью-Йорке Институт гештальт-терапии. В начале 1960-х гг. Перлз переезжает в Калифорнию, где преподает, ведет группы и семинары в Исаленском институте.

На формирование взглядов Перлза оказали влияние психоанализ, идеи Вильгельма Райха, гештальт-психология, феноменология и экзистенциализм. Кроме того, заметно влияние идей создателя психодрамы Морено и философии дзен-буддизма.

Получив из гештальт-психологии представление об организме человека как целом, Перлз почувствовал, что психоанализу как раз не хватает холистического подхода, при котором индивид и его среда рассматриваются как постоянно взаимодействующие части поля. Это привело Перлза к акцентированию в отличие от Фрейда *очевидного*, а не вытесненного материала в понимании и к проработке внутренних конфликтов. Перлз подчеркивает важность рассмотрения ситуации в настоящем, а не исследования причин в прошлом. Перлз полагал, что осознание человеком того, *как* он ведет себя в каждое мгновение, важнее для понимания себя и для способности измениться, чем понимание того, *почему* он ведет себя таким образом.

Перлз расходился с Фрейдом также и в теории инстинктов. По Перлзу, поведение человека детерминировано не инстинктами, а так называемыми незаконченными ситуациями, то есть неудовлетворенными потребностями. Ни один из инстинктов не является основным (например, сексуальный или агрессивный, как у Фрейда), все потребности — это прямое выражение инстинктов организма.

Перлз полагает, что психоаналитический метод интерпретации свободных ассоциаций создает избегание прямого переживания ассоциируемого материала и поэтому является недостаточно эффективным в исследовании себя.

Фрейдовский акцент на «сопротивлении» слегка смещен Перлзом. Перлз говорит об избеганиях осознания разного рода, подчеркивая *форму* самого этого избегания, а не его *содержание* (в частности, правильнее вопрос «Как я избегаю осознания?», а не «Что я не хочу осознавать?»).

Фрейд считает *перенесение* основой терапевтического процесса. Перлз рассматривает феномен перенесения как важный аспект проекции невротического механизма, которому он придает большое значение. Однако в терапии он не работает так много с перенесением, как Фрейд.

Перлз не принимает фрейдовскую предпосылку о том, что главным в терапии является осознание вытесненного материала, после чего сама собой происходит проработка и ассимиляция этого материала. Перлз считает, что ассимиляция ранее интроецированного опыта (черт характера, привычек, отношений, стереотипов поведения и т. д.) является трудной и важной задачей терапии.

Развивая свой подход, Перлз пришел к мировоззрению, весьма отличному от психоаналитического, но вместе с тем можно заметить много соответствий между психоанализом и гештельт-терапией. Вот некоторые из концептуальных соответствий: фрейдовские свободные ассоциации и перлзовский континуум осознания; фрейдовское сопротивление и перлзовское избегание осознания; фрейдовские навязчивые действия и перлзовские незаконченные ситуации; проекции у Фрейда и у Перлза и т. д.

Сильное влияние на Перлза оказал также Вильгельм Райх с его учением о характере и «мышечном панцире». Райх предполагал, что психологическая защита выражается на физиологическом уровне в виде мышечных зажимов (клинчей). Если удается пробиться через этот панцирь, то открывается доступ к вытесненным психологическим со-

держаниям. Райх просил пациентов усиливать определенный зажим, чтобы лучше осознать его и выявить заблокированную эмоцию. Психотерапевтическая работа Райха постепенно переместилась в направлении освобождения эмоций (удовольствия, гнева, волнения) посредством работы с телом. Работы Райха оказали большое влияние на представления Перлза о взаимосвязи тела и психики.

Другим важным источником гештальт-терапии является гештальт-психология. Гештальт (или «целостная структура», «паттерн») — это специфическая организация частей, которая составляет определенное целое. Основной принцип подхода гештальт-психологии состоит в том, что анализ частей не может обеспечить понимание целого, поскольку целое определяется взаимодействием частей. Гештальт-психология выдвинула ряд предположений относительно того, как организм адаптируется, достигая оптимальной организации и равновесия. Один из аспектов этой адаптации состоит в том, что организм в данном поле делает свое восприятие значимым, различая фигуру и фон. Это поясняется известным гештальт-рисунком (рис. 6.1).

Если рассматривать белую фигуру на темном фоне, мы видим белую вазу; если рассматривать черную фигуру на белом фоне — две повернутые друг к другу головы в профиль. Этот феномен показывает, как организм выбирает то, что ему интересно и важно в каждый данный момент. Например, если человек испытывает жажду, то стакан воды, даже если его поместить среди его любимых яств, будет восприниматься как фигура на фоне еды. Таким образом восприятие

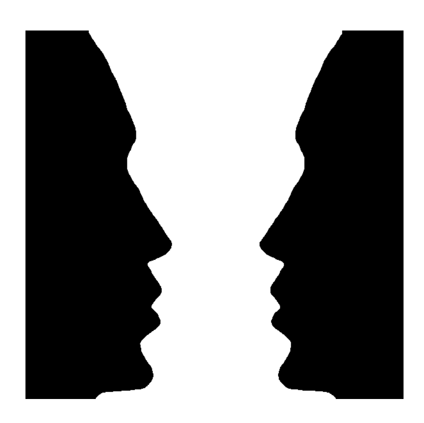


Рис. 6.1. Восприятие фигуры-фона

приспосабливается к удовлетворению потребностей. Когда жажда будет удовлетворена, восприятие фигуры-фона может измениться в соответствии со сменой доминирующей потребности. Заслуга Перлза состояла в том, что он впервые применил принципы гештальт-психологии в психотерапии.

Перлз называл свой подход экзистенциальной терапией. Он соглашался с главным положением экзистенциально-феноменологического подхода, что индивидуальный опыт может быть понят только из непосредственного описания уникальной ситуации человека. Перлз утверждал далее, что встреча пациента с терапевтом — это экзистенциальная встреча двух человеческих существ, а не разновидность традиционного отношения врач—пациент.

Как и большинство экзистенциалистов, Перлз отвергал идею разделения ума и тела как двух различных аспектов существования. Гештальтистская точка зрения привела Перлза к отрицанию не только этого разделения, но и разделения субъекта и объекта и даже организма и среды. Отказываясь рассматривать человека как существо, противостоящее миру, переживаемому в отдельности от него самого, Перлз утверждал, что люди творят и создают свои миры: для каждого мир существует как его раскрытие.

Основные теоретические положения

1. Каждый организм стремится к достижению *состояния полного функционирования*, что означает дополнение (или завершение) внутренней организации. Гештальт-психологи показали, что человек в процессе восприятия внешнего мира не воспринимает отдельные элементы действительности как изолированные и невзаимосвязанные, а организуют их в целое или в гештальты, имеющие для него значение. По мнению Перлза, этот принцип создания гештальтов, или фигур, воплощающий стремление к дополнению, является не только основой процесса восприятия, но и универсальным принципом организации функционирования всех живых организмов. Все, что препятствует или прерывает создание или завершение этих фигур, является вредным для организма и приводит к возникновению так называемых незаконченных ситуаций, которые требуют завершения. Каждый аспект личности может создать такую фигуру, дополнение и завершение которой означает ассимиляцию и включение в целое. Если в процессе создания и завершения

слишком много таких гештальтов оказывается заблокированными, то личность подвергается дезинтеграции.

Сохранение равновесия в этой сфере является основой психического здоровья. Если человек испытывает нарушение данного равновесия, возникает мотивация к изменению в собственном функционировании. Следовательно, в отличие от утверждений психоанализа человек мотивируется не влечениями, а незаконченными ситуациями, или незавершенными гештальтами.

2. Функционирование индивида осуществляется посредством процесса саморегуляции, благодаря которому организм удовлетворяет свои потребности (или незавершенные гештальты) и поддерживает равновесие в постоянно меняющихся условиях. Этот процесс является беспрерывным, поскольку очередные ситуации и интеракции с окружением ведут к возникновению новых потребностей (открытых, незавершенных гештальтов) и нарушают временное состояние равновесия. Для эффективного удовлетворения этих потребностей (для завершения гештальтов) необходимо формирование внутренней иерархии их важности. Когда это происходит, доминирующая в данный момент потребность может оказывать влияние на ход мышления и поведения, приводящих к ее удовлетворению (то есть к ликвидации завершенного гештальта). Тогда следующая потребность, получившая доминирующую позицию, приобретает влияние на организацию деятельности.[1] Таким образом, если потребность, стимулирующая деятельность, возникает из целостной внутренней организации, то существует возможность мобилизации всей энергии, которой располагает организм, и полной концентрации на предпринимаемых действиях. Однако очень часто дело не доходит до создания четкой иерархии потребностей и многие из них стимулируют одновременно разные действия, часто противоположные, и значительная часть энергии рассеивается.

3. Индивид может существовать только в границах *среды*, являющейся целостным полем, включающим его и окружение, а его поведение является функцией всего поля. Основой существования индивида является выделение себя из окружения и установления границы

---

[1] Когда потребность актуальна, говорят «гештальт открыт», когда же потребность удовлетворена — «гештальт закрыт». Точно так же говорят о «незавершенном гештальте» (неудовлетворенной потребности) или «завершенном гештальте» (удовлетворенной потребности).

контакта, через которую происходит обмен с окружением и которая обеспечивает внутреннюю интегральность.

В области контакта индивид сохраняет свое отличие от окружения, производит отбор и ассимиляцию тех субстанций, которые являются подходящими, и отвергает те, которые не нужны и опасны. Умение проводить различие между этими двумя видами субстанций является условием здорового функционирования и развития индивида. Определение «субстанции» следует здесь понимать в широком значении, охватывающем все то, что может получить личность из окружения, а именно — пища, информация, суждения, оценки, ценности, образцы поведения, мышления и т. д. Различие между тем, что подходит и что не подходит, производится в ходе попыток ассимиляции и основывается на актуальном состоянии способности усвоения данного элемента таким образом, чтобы он стал интегральной частью целого. Поэтому то, что не может быть в данный момент ассимилировано индивидом, оказывается для него неподходящим. В связи с этим особое значение приобретает сам *процесс ассимиляции*, модель которого, созданная Перлзом, содержит аналогию с едой и пищеварением. Содержания, которые оказались в сфере контакта, должны быть деструктурированы, раздроблены и поглощены в том объеме, который представлен потребностями и актуальными возможностями усвоения. В этом случае они становятся собственностью индивида и он может идентифицироваться с ними. Понимаемая таким образом ассимиляция порождает изменение целостности и является основой развития.

Элементы, которые не подверглись ассимиляции, претерпевают *отчуждение и удаление* (*ликвидацию*). В этом процессе существенную роль выполняют агрессивные формы активности, которые являются эквивалентом разгрызания и разрывания пищи и необходимы для деструктурализации элементов, воспринимаемых из окружения. Такая здоровая агрессивность означает мобилизацию организма относительно появляющихся новых, еще не усвоенных содержаний, а также ликвидацию завершенных гештальтов, с тем чтобы создать возможность постоянной ассимиляции и возникновения новых гештальтов.

Основными способами функционирования индивида в его связи с окружением являются *контакт и отступление* (*отказ*). Если функционирование протекает без нарушений, то человек стремится к объектам или ситуациям, избирательно выделенным в качестве желательных для организма в целом, и отказывается от ситуаций или дел, воспринимаемых как бесполезные, опасные или утратившие интерес.

Следовательно, саморегуляция организма охватывает как управление ритмом контакта и отступления, так и управление процессами ассимиляции и отчуждения в моменты контакта.

4. Характерным элементом гештальт-терапии является внимание к процессам и явлениям, происходящим в организме как целом, а не в отдельных элементах его структуры. Весь организм является субъектом деятельности, охватывающей физические и символические действия. По мнению Перлза, организм как целое реагирует и воздействует на окружение с разной интенсивностью, используя разное количество энергии. Умственная деятельность является деятельностью, вовлекающей всего человека, которая протекает на более низком энергетическом уровне, чем физическая деятельность. Человек, пользуясь своей способностью к научению и манипулированию символами и абстрактными понятиями, в своих действиях в некотором смысле замещает одно другим. Он символически делает то, что мог бы делать физически, а переход деятельности из одной формы в другую направляется единым требованием организма и обстоятельств.

Феноменом целостного функционирования организма также можно назвать *эмоциональные проявления*, в основе которых лежит возбуждение, отражающее переживание повышения энергетической мобилизации организма. Эмоции представляют собой ответ организма на переживание контакта с новой или возбуждающей ситуацией. Появление на фоне этого усиленного возбуждения каких-то специфических телесных ощущений является началом преобразования его в специфические эмоциональные состояния. Конечной фазой этого процесса является познание отношения между организмом и средой. Из связи этих трех аспектов — общего возбуждения, специфических телесных ощущений и познавательной ориентации — возникает переживание определенного эмоционального состояния. Искажение любого из упомянутых трех факторов может послужить источником нарушений в этой сфере.

Эмоции могут выполнять две существенные функции в жизни человека: они представляют собой источник важных для организма сигналов и стимул к действию. Переживание определенного эмоционального состояния является непосредственной оценкой важности задачи, стоящей перед человеком в данное время, ее значения для организма как целого. Определение этого значения посредством уяснения для себя актуального переживания помогает в ориентации и направлении собственной деятельности.

5. Основным процессом, интегрирующим функционирование организма, является *осознание*. Принцип саморегуляции означает постоянную ориентацию относительно явлений и процессов, происходящих в организме, связи между ними и потоком информации. Чтобы распознавать состояние равновесия и его нарушение, а также находить то, что необходимо для восстановления этого равновесия, организм должен осознавать себя. Понятие «осознание» используется здесь в широком значении, охватывающим «знать», «различать», «отдавать себе отчет». Этот интегрирующий поток информации, составляющий основу саморегуляции, начинается на уровне, когда мысль еще не облечена в слово. Таким образом, о феномене осознания можно говорить в тех случаях, когда определенные сигналы принимаются всеми структурами организма, например когда организм осведомлен о появлении какого-то вредного фактора (болезнетворные бактерии) и приводит в движение деятельность, направленную на восстановление равновесия (увеличение фагоцитов). Одной из целей гештальт-терапии является расширение осознания, повышение его гибкости и способности к различению разнообразных сигналов организма.

Концепция нарушений

В основе всех нарушений лежит ограничение способности индивида к поддержанию оптимального равновесия со средой, нарушение процесса саморегуляции организма. В гештальт-терапии описывается пять наиболее часто встречающихся форм нарушения взаимодействия индивида и его окружения, при которых энергия, необходимая для удовлетворения потребностей и для развития, оказалась рассеянной или ошибочно направленной. Ими являются: интроекция, проекция, ретрофлексия, дефлексия и конфлуенция. Хотя эти формы, в разной степени выраженные, могут наблюдаться у одного и того же человека, общие их характеристики можно представить с помощью описания лиц, у которых доминирует конкретная форма.

Человек, у которого имеется *интроекция*, блокирует свою энергию путем пассивного восприятия различных элементов среды. Понятия, суждения, нормы, образцы поведения, поступающие из внешнего мира, не подвергаются усвоению и ассимиляции, не становятся интегральной частью этого человека, хотя вообще ни он сам, ни окружающие не дают себе в этом отчета. Наличие таких неусвоенных, «чуждых» элементов

представляет собой нагрузку для индивида, не имеющего внутренней опоры. Поскольку эти неассимилированные элементы являются изолированными и часто вступающими в конфликт с чертами его собственной личности, индивид вынужден затрачивать много энергии и внимания для обуздания внутренней раздвоенности и для защиты от угрозы, которую несет в себе дезорганизация личности.

Человек, которому свойственна *проекция*, отмежевывается от некоторых аспектов собственной личности и приписывает их окружению. Это связано с ограниченной и ригидной Я-концепцией. Эмоции, установки или элементы поведения, которые не соответствуют или угрожают такой Я-концепции, отчуждаются и проецируются вовне, а возникающие за счет этого «дыры» заполняются с помощью интроекции. С этим механизмом связан отказ от ответственности за какие-то действия или явления, возникающие в самой личности, которые приписываются окружению или безличным факторам путем опредмечивания себя («Что-то толкнуло меня на это», «Что-то заставило меня это сделать»). Энергия, которой располагает индивид, направляется ошибочно или тратится впустую, поскольку ею движет ошибочная ориентация в отношении состояния собственной личности и окружения.

Человек, которому свойственна *ретрофлексия* («обращение на себя»), пытается отделиться от окружения и направить на самого себя действия, первичной целью которых была внешняя среда. Это означает снижение энергии, направляемой на попытки изменить и преобразовать среду, что было бы полезно для удовлетворения собственных потребностей, и направление этой энергии вовнутрь. Такими неудовлетворенными потребностями (незавершенными гештальтами) часто являются агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Показателем ретрофлексии является использование в речи возвратных местоимений и частиц, например: «Я должен заставить себя сделать это».

Человек, для которого характерна *дефлексия*, пытается избежать непосредственного контакта с окружением, другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия, или уклонение от реального контакта, может проявляться в форме разговора общими фразами, болтливости, шутовства, избегания смотреть в глаза собеседнику, ритуальности и условности поведения, сглаживания конфликтных проблем и т. д. В этом случае энергия рассеивается, поскольку индивид не использует ее в полной мере, когда это необходимо, чтобы предпринять четко направленное действие. Интеракция с окружением имеет случайный харак-

тер, удовлетворение потребностей обусловлено так называемым везением, а индивид прежде всего старается удержаться на поверхности течения каждодневных событий и дел, с чем связано ослабление чувства смысла своего существования вообще.

Если границы между индивидом и окружением стираются и исчезает чувство отличия, мы имеем дело с *конфлуенцией* (слиянием). В таком состоянии пребывает младенец, не способный еще к различению между миром и собой. В моменты экстаза, медитации человек также может ощущать себя слитым воедино с миром. Чувство слияния и растворения с другими людьми иногда создается ритуальным поведением и полной идентификацией с группой. Однако если такое слияние и стирание границ между собой и окружением становится хроническим, человек утрачивает способность чувствовать, кто же он есть в самом деле (и даже существует ли он вообще), и не способен к контакту ни с окружением, ни с самим собой. По-видимому, некоторые качества психотических переживаний возникают именно из такого состояния. В несколько иной форме феномен патологической конфлуенции выступает в случаях сильной психологической зависимости от других людей.

В понимании гештальт-терапии пациентом является человек, который хронически препятствует самому себе в удовлетворении собственных потребностей и достижении своих целей, делает то, что не идет ему впрок, и не делает того, что было бы для него ценно. Эта формулировка может вызывать некоторые сомнения, так как создается впечатление, что пациент намеренно производит действия, нарушающие его функционирование. В действительности же речь идет об акцентировании субъективного характера всех действий человека. Это акцентирование необходимо для создания основы будущего расширения диапазона управления собственным поведением и усиления ответственности за себя. Пациент вообще имеет неадекватные представления о своих особенностях и возможностях, а его прежний опыт не развил в нем внутреннего источника опоры, позволяющего эффективно преодолевать трудности. Процесс саморегуляции протекает у него неэффективно, поскольку его личность расщеплена на множество изолированных частей, а его поведение вытекает из ошибочно направленных усилий и попыток сохранить внутреннее равновесие. Не найдя в себе прочной опоры, возникшей из идентификации с собственным организмом и происходящими в нем процессами, он не в состоянии воспринимать себя в настоящем. Поэтому состояние его таково, что он разрывается между сковывающими воспоминаниями прошлого

и пугающими представлениями о будущем. Его сознание наполнено фантазиями в оценке себя и окружающего мира, что препятствует установлению контакта с действительностью. Он часто находится в состоянии экзистенциального кризиса, поскольку чувствует, что его потребности не удовлетворены, цели не достигнуты, а то, что он делает и как живет, он не воспринимает как значимое и имеющее смысл.

По мнению Перлза, *невроз* состоит из пяти уровней (слоев), через которые должен проходить процесс терапии на пути к открытию пациентом своей истинной индивидуальности.

Первый уровень — уровень «фальшивых отношений», уровень игр и ролей. На протяжении жизни большинство людей, по мнению Перлза, стремится к актуализации своей Я-концепции, вместо того чтобы актуализировать свое подлинное Я. Мы не хотим быть самими собой, мы хотим быть кем-то другим. В результате — испытываемое чувство неудовлетворенности. Мы не удовлетворены тем, что мы делаем; или родители не удовлетворены тем, что делает их ребенок. Мы с презрением относимся к нашим истинным качествам и отчуждаем их от себя, создавая пустоты, которые заполняются фальшивыми артефактами. Мы начинаем вести себя так, как будто на самом деле обладаем теми качествами, которых требует от нас окружение и которые в конечном счете начинает требовать от нас наша совесть, или, как называл ее Фрейд, Суперэго. Перлз называет эту часть личности top-dog (условно: «командующий»). Top-dog требует от другой части личности — under-dog (условно: «подчиненный») (прообразом ее является фрейдовское Оно) — жить согласно идеалу. Эти две части личности противостоят друг другу и борются за контроль над поведением человека. Таким образом, первый уровень невроза включает проигрывание не свойственных человеку ролей, а также контролирующие игры между top-dog и under-dog.

Второй уровень — фобический, связан с осознанием «фальшивого» поведения и манипуляций. Но, когда мы представляем себе, какие последствия могут быть, если мы начнем вести себя искренне, нас охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем он является. Он боится, что общество подвергнет его остракизму.

Третий уровень — тупик, безвыходное положение. Если в своих поисках в процессе терапии или в других обстоятельствах человек проходит первые два уровня, если он перестает играть не свойственные ему роли, отказывается от притворства перед самим собой, тогда он начинает испытывать чувство пустоты и небытия. Человек оказывается на третьем уровне — в ловушке и с чувством потерянности. Он

переживает утрату поддержки извне, но еще не готов или не хочет использовать собственные ресурсы. Хороший пример тупика — брак по расчету. Оба партнера не любят друг друга, но у каждого есть концепция того, каким должен быть другой. Каждый из них почти не знает другого, но, как только поведение одного не соответствует тому, что ожидает от него другой, он начинает испытывать неудовлетворенность и упрекать своего партнера. Они упрекают друг друга, вместо того чтобы осознать, что они в тупике, потому что не любят друг друга, а любят свой имидж, свою фантазию. В результате они сохраняют статус-кво, потому что слишком боятся пройти через тупик.

Четвертый уровень — имплозия, на котором мы можем с горем, отчаянием, отвращением к себе прийти к полному пониманию того, как мы ограничили и подавили себя. Имплозия появляется после перехода через тупик. На этом уровне человек может испытывать страх смерти или даже такое ощущение, что он умирает. Это моменты, когда огромное количество энергии вовлечено в столкновение противоборствующих сил внутри человека, а возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит его уничтожить: человек испытывает чувство парализованности, омертвения, из которого вырастает убеждение, что через минуту должно произойти что-то страшное.

Пятый уровень — эксплозия. Достижение этого уровня означает сформирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозию следует понимать здесь как глубокое и интенсивное эмоциональное переживание, которое приносит облегчение и возвращает эмоциональное равновесие. Перлз наблюдал четыре типа эксплозий. Эксплозия истинной скорби зачастую является результатом работы, связанной с утратой или смертью важного для пациента лица. Результатом работы с лицами, сексуально заблокированными, является переживание оргазма. Два других вида эксплозии касаются гнева и радости и связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности. Переживание этих глубоких и интенсивных эмоций полностью вовлекает организм в процесс отбора и завершения важных гештальтов (потребностей).

Концепция терапии

По мнению Перлза, основной целью гештальт-терапии является рост потенциала человека, или повышение его силы и возможностей путем

процесса интеграции и развития. Генез эмоциональных нарушений и ограничений возможностей он видит в связи между индивидом и средой. Социально-культуральная среда создает разные концепции и модели желаемого поведения, а индивид, чтобы быть принятым, воспринимает различные элементы этих моделей и требований. Делая это, человек учится отказываться от своих чувств, желаний и потребностей, утрачивает связь с природой и руководствуется главным образом расчетом. Он играет перед собой и другими роли, не продиктованные истинными желаниями и переживаниями. Его раздирают внутренние противоречивые требования и ожидания. Он не умеет устанавливать контакт с самим собой и окружением и значительную часть своей активности направляет на поиск какой-либо опоры вне самого себя, поскольку не верит в способность самостоятельно справиться со своей жизнью.

В процессе терапии важной задачей является мобилизация собственных ресурсов — нужно учиться «стоять на собственных ногах», находить правильные формы связи с окружением. Основную идею концепции изменения индивида можно выразить в следующей формулировке: «*Изменение наступает тогда, когда становишься тем, кто ты есть, а не тогда, когда пытаешься стать тем, кем не являешься*». Это — главная идея гештальт-терапии.

Целью терапевтической работы является снятие блокировок и стимулирование процесса развития, реализация возможностей и целей (прежде всего создание внутреннего источника опоры и оптимизация процесса саморегуляции). Основой терапевтического процесса является осознание и переживание контакта с самим собой и с окружением. Внимание и активность терапевта сконцентрированы на помощи пациенту в расширении и обогащении осознания и способности переживания контакта с тем, что происходит в самом пациенте и вокруг него. Много внимания уделяется повышению осознания различных установок, способов поведения и мышления, которые закрепились в прошлом, а также проверке их значений и функций в настоящее время. Терапевт не руководствуется при этом определенными установками и не формулирует целей терапии. Вместо этого он создает ситуации для проведения пациентом поиска и экспериментов, в ходе которых последний сам находит, что является для него подходящим и ценным, а что — неподходящим и вредным.

Главным принципом является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Это означает, что особое внимание уделяется развитию у пациента готовности

и умения принимать решения и делать выбор. В терапевтической группе, например, никого не принуждают и не склоняют к тем или иным действиям. Терапевт только вносит предложения, приглашает к совершению определенных действий, но одновременно следит, чтобы пациент не ощущал принуждения под давлением другого человека или ситуации и осознавал возможности самостоятельного выбора в своей деятельности.

Технические процедуры

Основным методом психотерапевтической работы в большинстве терапевтических подходов является проведение индивидуальных или групповых бесед, в которых пациенты рассказывают о своих проблемах, недомоганиях, о прошлых событиях, о себе, о других людях. В гештальт-терапии много внимания и усилий уделяется преобразованию рассказа в *действие*.

Особенности такой формы работы состоят в следующем. Во-первых, данный прием позволяет расширить диапазон конкретного поведения в терапевтической ситуации за счет привлечения многих элементов, отсутствующих при рассказе. Во-вторых, это приводит к изменению объекта концентрации внимания и способа переживания своей деятельности. Рассказывая о чем-либо, человек сосредоточен на своих проблемах, на прошлых ситуациях и событиях. В гештальт-терапии пациент сосредоточивается на себе как на субъекте, на том, что он делает и как это переживает в конкретной терапевтической ситуации. Это направление концентрации внимания представляется самым важным, поскольку процесс психотерапии направлен на изменение в организации функционирования человека, а вероятным результатом этого изменения будет уже изменение состояния «дел» и «проблем» пациента. Терапевт предлагает и стимулирует такие действия пациента, которые принимают форму активного его экспериментирования с самим собой. Пациент, являясь субъектом экспериментов, имеет возможность открывать существенные элементы организации собственного функционирования, испытывать действия, вносящие изменения в эту сферу, и находить опору в самом себе.

Таким образом, каузальному подходу к пониманию опыта Перлз противопоставляет функциональный подход. Иными словами, важно, не «почему» происходит то или иное действие, а «как» оно происходит.

Технические процедуры, используемые в гештальт-терапии, группируются вокруг двух главных направлений работы. Их называют *принципами и играми*. Принципы вводятся в начальной фазе терапии, и их не слишком много, число же игр не ограничено. Принципы не представляют собой собрания жестких указаний, которым должен подчиняться пациент. Они указывают предпочтительные направления поведения и условия, которые благоприятствуют расширению осознания и наиболее полному контакту с окружением и самим собой.

Принципы гештальт-терапии

1. *Принцип «сейчас»*, или идея концентрации на настоящем моменте, является самым важным принципом в гештальт-терапии. Терапевт часто обращается к пациенту с просьбой определить то, что он в настоящее время делает, чувствует, что с ним и вокруг него происходит в данную минуту. Если в процессе работы появляется материал, связанный с какими-либо важными аспектами личности, усилия направляются на максимально возможный перенос этого материала в настоящее. Если пациент рассказывает о каких-то событиях прошлого, то его можно попросить перенести с помощью фантазии действие в настоящее и излагать события так, как если бы они разыгрывались в данный момент. В таких случаях нетрудно заметить, как много людей избегает контакта со своим настоящим и склонно углубляться в воспоминания о прошлом и в фантазии о будущем.

2. *Принцип «я и ты»* отражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. Пациенты (и не только пациенты) свои высказывания, касающиеся других людей, зачастую направляют не по адресу, а «в сторону» или «в воздух», выявляя свои опасения и нежелание говорить прямо и искренне, избегая непосредственного контакта с другими людьми.

Боязливое избегание контакта, поверхностная и искаженная коммуникация с окружающими поддерживают чувство изоляции и одиночества пациента. Поэтому терапевт побуждает участников психотерапевтической группы предпринимать попытки к непосредственному контакту и общению, часто просит адресовать конкретные высказывания к конкретным лицам, которых они касаются, обращаться по имени. В первой фазе работы психотерапевтической группы терапевт организует для участников ситуации, направленные на установление контакта между отдельными лицами посредством серии коротких вербальных и невербальных упражнений в двойках и тройках.

3. *Принцип субъективизации высказываний* связан с семантическими аспектами ответственности и причастности пациента. Довольно часто люди говорят о собственном теле, чувствах, мыслях и поведении с определенной дистанции, объективизируя их. Например: «Что-то меня давит», «Что-то мешает мне это сделать» и т. п. Зачастую такой простой прием, как предложение заменить форму высказывания на более субъективную (например: «Я подавляю себя», «Я мешаю себе сделать это»), конфронтирует пациента с существенными для него проблемами избегания ответственности за себя. Обращение внимания на форму высказывания может помочь пациенту рассматривать себя как активного субъекта, а не пассивного объекта, с которым «делаются» разные вещи. Конечно, одного учета семантических аспектов высказываний для изменения этой фундаментальной позиции относительно самого себя недостаточно, тем более что при субъективизации высказываний часто принимается ответственность за деятельность, которую принято считать непроизвольной, например: мышление, воспоминания, фантазии, характер дыхания, тембр голоса и т. п. Однако применение этого принципа может помочь в начинании и проведении более глубоких поисков и экспериментов, направленных на повышение способности управлять собственным функционированием.

4. *Непрерывность* (*континуум*) *осознания* как основа терапевтической работы означает намеренную концентрацию на спонтанном потоке содержания переживаний, самоотчет в том, что и как происходит в данную минуту. Континуум осознания является неотъемлемой частью всех технических процедур, однако он применяется и автономно, часто приводит к неожиданным и значительным для пациента результатам. Это метод подведения индивида к собственному опыту и к отказу от нескончаемых вербализаций, выяснений и интерпретаций. Осознанность чувств, телесных ощущений и наблюдений представляет собой наиболее определенную часть нашего познания и создает основу для ориентации человека в себе и в своих связях с окружением.

Применение континуума осознания хорошо иллюстрирует следующий диалог.

Терапевт. Что ты сейчас осознаешь?

Пациент. Я осознаю, что говорю с тобой, вижу других людей в комнате, осознаю, что она вращается, чувствую напряжение в плечах, отдаю себе отчет в том, что меня охватывает беспокойство, когда об этом говорю.

Терапевт. Как ты переживаешь свое беспокойство?

Пациент. Слышу, что голос мой дрожит, губы пересохли, я говорю запинаясь.

Терапевт. Ты осознаешь, что делают твои глаза?

Пациент. Да, сейчас отдаю себе отчет в том, что мои глаза смотрят куда-то в сторону.

Терапевт. Можешь ли ответственно это объяснить?

Пациент. ...Я стараюсь не смотреть на тебя.

Использование континуума осознания помогает перенести акцент в терапевтической работе с вопроса «почему?» на познание «что и как» происходит. Это является одним из существенных различий между гештальт-терапией и другими психотерапевтическими подходами, в которых поиск причины определенного поведения считается наиболее существенной частью терапевтической работы. Однако более пристальное наблюдение за многими продолжительными беседами и рефлексиями, направленными на попытку установить, *почему* кто-то поступает так, а не иначе, показывает, что даже получение разумных ответов на этот вопрос не приводит к переменам в самом поведении и часто эти беседы представляют собой не более чем бесплодные интеллектуальные упражнения. Польза, полученная в результате подобных психотерапевтических бесед, часто является результатом действия побочных факторов, имеющих второстепенное отношение к главной теме разговора, таких как атмосфера беседы, влияние терапевта или состояние облегчения после эмоционального отреагирования. Поэтому в гештальт-терапии стремятся к сосредоточению на особенностях и процессе конкретных действий, выполняемых пациентом («что и как»), поскольку их осознание и переживание создают более непосредственные предпосылки как для их понимания, так и для попытки управления ими.

Терапевт. Что ты сейчас чувствуешь?

Пациент. Я боюсь.

Терапевт. Как ты испытываешь свой страх, в чем это проявляется сейчас?

Пациент. Не могу отчетливо видеть тебя, мои ладони потеют.

Терапевт. Что еще ты сейчас делаешь?

Пациент. Представляю себе, что ты думаешь обо мне.

Терапевт. Как ты это себе представляешь?

Пациент. Я... ты думаешь, что я трус.

Терапевт. А сейчас?

Пациент. Твой образ совершенно расплывается, вижу как сквозь туман. У меня болит сердце.

Терапевт. Что сейчас себе представляешь?

Пациент. Не знаю… сейчас вижу своего отца. Да, он смотрит на меня и говорит. Он всегда так говорил: «Ты трус и останешься им».

Терапевт. Что ты сейчас чувствуешь?

Пациент. Какая-то путаница внутри, что-то мне мешает.

Терапевт. Попробуй отнестись ответственно к тому, что ты делаешь теперь.

Пациент. Это я сам мешаю себе сейчас, воздерживаюсь… не позволяю себе…

Терапевт. В чем ты пытаешься теперь мешать себе?

Пациент. Не знаю…

Терапевт. Уже несколько минут ты сжимаешь и разжимаешь пальцы.

Пациент. Не позволяю себе… сказать ему, что ненавижу его и боюсь.

Терапевт. А теперь?

Пациент. Я немного меньше напряжен, дышу легче. Сильно бьется сердце, как будто я к чему-то готовлюсь.

Терапевт. Что сейчас ты хотел бы сделать, сказать?

Пациент. Я хотел бы наконец что-то сказать ему, не быть трусом.

Терапевт. Что ты сознаешь теперь?

Пациент. Что говорю про себя эти слова.

Терапевт. Хочешь ли ты сказать это громко, так, как если бы твой отец сидел здесь и слушал, что ты ему говоришь?

Пациент. Да… отец… ты не имел права считать меня таким, это было не по-человечески, ужасно, я не могу тебе это простить, я ненавидел тебя (*в глазах его появляются слезы, продолжает говорить с детским всхлипыванием*) …столько зла ты мне сделал, но я… не переставал любить тебя.

Терапевт. Что теперь происходит?

Пациент. Я чувствую поток тепла, я весь горячий, растроган, больше не боюсь… То, что я сейчас делаю, это что-то важное, я хотел бы пойти дальше.

Нетрудно заметить, что основные шаги, предпринятые пациентом в драматически развивающейся терапевтической ситуации, являлись, главным образом следствием концентрации на поочередно осознаваемых содержательных элементах и действиях.

5. Кроме вышеизложенных основных принципов А. Левицкий (A. Levitski) и Ф. Перлз дают описание более конкретных принципов, точнее говоря предпочтительных форм поведения в терапевтической группе:

1) пациенты побуждаются к таким формам взаимоотношений, которые исключают сплетни или обсуждение кого-то из присутствующих без его участия;

2) часто используется прием привлечения внимания к пациенту, который манипулирует вопросами, желая скрытым путем спровоцировать определенные реакции окружающих под видом поиска информации. В этих случаях терапевт может предложить такому пациенту сказать прямо, что он конкретно хочет сообщить;
3) еще одной формой коммуникации, к которой иногда поощряются пациенты, является *аутоэкспрессия* — высказывание определенного содержания главным образом или исключительно с целью получения удовлетворения, вызванного самим фактом высказывания. Для многих пациентов это совершенно новый опыт, способствующий повышению уважения к себе и уменьшению зависимости от реакции окружения.

Игры гештальт-терапии

Эти процедуры называются также гештальт-экспериментами и представляют собой разнообразные упражнения, основанные на выполнении пациентом некоторых действий, предлагаемых терапевтом. Игры способствуют более непосредственной конфронтации со значимыми содержаниями и переживаниями, а также предоставляют пациенту возможность попыток экспериментирования с самим собой и другими людьми. Однако следует помнить, что игра содержит только идею действия, в котором заложено начало более развитого процесса работы с пациентом. Сама по себе она не является автономным и ценным элементом терапии. Е. Меллибруда (J. Mellibruda) предупреждает против того, чтобы такие упражнения применялись случайным образом, как это, к сожалению, часто бывает, без прослеживания интегральности их участия в процессе терапии в целом, а также без учета ситуативного контекста и характера контакта между терапевтом и пациентом.

Ниже приводятся наиболее известные игры, применяемые гештальт-терапевтами.

«Диалог». Это упражнение связано с вопросом существования внутри личности различных расщеплений, фрагментов, противоположностей. Одной из целей терапии является повышение интеграции функционирования индивида, что требует идентификации расщепленных или противоборствующих фрагментов личности, преодоления внутренних барьеров и установление связи между этими фрагментами.

Когда у пациента наблюдается расщепление, гештальт-терапевт предлагает пациенту провести эксперимент: отождествиться с каждой частью конфликта по очереди и провести диалог между ними. Внут-

ренний конфликт часто наблюдается при расщеплении личности на две части, так называемые top-dog и under-dog, что в свободном переводе может означать «командующий» и «подчиненный». Top-dog приближенно является эквивалентом психоаналитического понятия Суперэго, олицетворяет обязанности, требования, оценки. Under-dog олицетворяет пассивно-оборонительные установки, ищет уловки, отговорки, оправдания, обосновывающие уклонения от обязанностей. Довольно часто между этими частями происходит борьба за полный контроль над личностью.

Top-dog пытается оказать давление угрозой наказания или предсказанием отрицательных последствий поведения, не соответствующего требованиям Эго. Under-dog не вступает в прямую борьбу, а использует уловки — ему не свойственна агрессивность. Фрагменты диалога между этими частями личности возникают иногда в сознании индивида в различных ситуациях повседневной жизни, когда, например, он пытается заставить себя сделать что-то и одновременно манипулирует разными отговорками и самооправданиями. С помощью систематизированного и искреннего диалога во время упражнения индивид может более полно осознать бесплодные манипуляции, совершаемые над собственной личностью, стать более искренним и способным более эффективно управлять собой.

Подобные диалоги могут проводиться между другими значимыми делениями личности — между агрессивным и пассивным, мужским и женским и т. п. Часто диалог проводится между частями тела, например правой и левой рукой.

«Хождение по кругу» («Рондо»). Это упражнение создает условие для выражения определенного содержания или чувства непосредственно каждому члену психотерапевтической группы. Пациенту, который сообщает, что испытывает страх к остальным членам группы, может быть предложено поочередно приблизиться к каждому и произнести слова «Я боюсь тебя», а затем добавить какое-нибудь замечание, отражающее особенности его чувств по отношению к данному лицу. Это зачастую позволяет более дифференцированно определять собственные переживания и связи с окружающими. Это также может представлять собой форму значимой работы над отношением к определенному мнению или представлению о себе и других людях. Многократное повторение фразы, выражающей какое-то глубоко укоренившееся убеждение, может способствовать изменению его значения и содержания для пациента. Совершение таких игр в группе может включать также и невербальные действия.

«Незаконченное дело». Это упражнение применяется в начале работы. Оно предназначено для улаживания и завершения разного рода дел, ситуаций и действий, начатых в прошлом. У большинства людей есть немало таких неулаженных вопросов, связанных с интерперсональными отношениями с родителями, родственниками и т. д. По мнению Перлза, наиболее часто встречающиеся виды незавершенных вопросов из области этих отношений — это невысказанные жалобы и претензии. Такие незаконченные дела требуют концентрации внимания и непродуктивно поглощают энергию пациента.

В этой игре пациенту предлагается завершить какое-либо дело, которое до этого было незавершенным. Например, если суть дела в невыраженном чувстве по отношению к члену терапевтической группы, то пациенту предлагают выразить свое чувство напрямую. Если речь идет о чувстве обиды, то предлагается игра, в которой коммуникация ограничена заявлениями, начинающимися словами «я обижен...».

«У меня есть тайна». Эта игра направлена на исследование чувства вины и стыда. Каждого из участников терапевтической группы просят подумать о каком-либо важном для него и тщательно хранимом личном секрете. Терапевт просит, чтобы участники не делились этими тайнами, а представили себе, как могли бы реагировать окружающие, если бы эти тайны стали им известны. Следующим шагом может быть предоставление каждому участнику случая похвастаться перед другими, «какую страшную тайну он хранит в себе». Довольно часто оказывается, что многие неосознанно очень привязаны к своим секретам как к чему-то драгоценному.

Проективные игры. Восприятие и суждения пациентов об окружении часто носят характер проекции. Когда пациент считает, что другой человек имеет некую черту или испытывает какое-то чувство, ему предлагают путем эксперимента проверить, не является ли это его проекцией: «примерить» на самого себя эту черту или чувство. Часто пациент обнаруживает, что он действительно испытывает чувство, которое подозревал в других.

Игра — «*Разыгрывание проекции*». При этом пациента просят сыграть роль человека, на которого он проецирует свои собственные качества. Например, пациента, который говорит: «Нельзя тебе доверять», можно попросить сыграть роль человека, не заслуживающего доверия, и может оказаться, что таким образом он раскроет свой внутренний конфликт в этой области.

Реверсивная игра («Выявление противоположного»). Одним из способов разрешения некоторых проблем пациента является исследование того, не представляет ли собой его явное поведение противоречия или отрицания глубоких и скрытых желаний. Терапевт может предложить пациенту, жалующемуся на скованность и чрезмерную застенчивость, сыграть роль эксгибициониста. Таким образом, хотя это требует значительных усилий и риска, пациент преднамеренно углубляется в ту область собственных переживаний, которая особенно сильно подавляется его страхом и беспокойством. Это позволяет достичь пациенту более полного контакта с теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты. Другой пример: человека, играющего роль «душки», можно попросить сыграть роль злобного и отгороженного.

«Преувеличение». Большое внимание в гештальт-терапии уделяется так называемому языку тела. Считается, что физические симптомы более точно передают чувства человека, чем вербальный язык. Ненамеренные движения, жесты, позы пациента иногда являются знаками важных содержаний. Однако эти сигналы остаются прерванными, неразвившимися, искаженными. Предлагая пациенту преувеличить нечаянное движение или жест, можно сделать важное открытие.

Например, скованный, чрезмерно сдержанный мужчина постукивает пальцем по столу, в то время как женщина в группе долго и пространно о чем-то говорит. Когда его спрашивают, не хочет ли он прокомментировать сказанное женщиной, он отказывается, уверяя, что разговор мало его интересует, но продолжает постукивание. Тогда терапевт просит усилить постукивание, стучать все громче и выразительнее до тех пор, пока пациент не осознает, что делает. Его гнев нарастает очень быстро, через минуту он с силой бьет по столу, горячо выражая свое несогласие с женщиной. При этом он восклицает: «Она точно как моя жена!» В дополнение к этому осознанию он получает мимолетное впечатление о чрезмерном контроле своих сильных утвердительных чувств и возможность более непосредственного и, следовательно, менее брутального их выражения.

«Репетиция». По мнению Перлза, люди тратят много времени, репетируя на «сцене воображения» различные роли и стратегии поведения по отношению к конкретным ситуациям и лицам. Часто отсутствие успеха в действиях в конкретных жизненных ситуациях определяется тем, как данная личность в воображении готовится к этим ситуациям. Такая подготовка в мыслях и воображении часто проходит в соответствии с ригидными и неэффективными стереотипами, являющимися

источником постоянного беспокойства и дефектного поведения. Репетиция поведения вслух в психотерапевтической группе с вовлечением других участников позволяет лучше осознать собственные стереотипы, а также использовать новые идеи и решения в этой области.

Проверка готового мнения. Случается, что терапевт, слушая пациента, улавливает в его словах какое-то определенное сообщение. Тогда он может воспользоваться следующей формулой: «Слушая тебя, у меня возникло одно мнение. Я хочу предложить тебе повторить это мнение вслух и проверить, как оно звучит, насколько оно тебе подходит. Если согласен попробовать, повтори это мнение нескольким членам группы».

В этом упражнении содержится фактор интерпретации скрытого значения поведения пациента, но терапевт не старается сообщить свою интерпретацию пациенту, он только предоставляет ему возможность исследовать переживания, связанные с проверкой рабочей гипотезы. Если гипотеза окажется плодотворной, пациент может развить ее в контексте собственной деятельности и опыта.

Приведенные игры представляют собой далеко не полный перечень разнообразных технических процедур, разработанных в практике гештальт-терапии. Эрвин Полстер и Мириам Полстер (E. Polster, M. Polster) предприняли попытку систематизировать различные технические решения и описали пять главных форм терапевтического экспериментирования. К ним относятся: драматизация, направление поведения, работа с фантазией, работа со сновидениями, домашняя работа.

Драматизация. Эта группа процедур основана на развитии в драматизированной форме определенного аспекта существования пациента, выявляемого им в терапевтической ситуации. Началом этого действия может послужить какое-то высказывание или жест пациента, привлекшие внимание терапевта. В дальнейшем путем развития содержания, заключающегося в первоначальном высказывании или жесте, пациент в сотрудничестве с терапевтом постепенно подводится к сложному действию в форме вербально-двигательной монодрамы, направленной на полное выявление значения и эмоционального содержания. Терапевт помогает пациенту сосредоточиваться на поочередно возникающих содержаниях, осуществлять поиск соответствующих форм экспрессии, действовать в соответствии со стимулируемыми очередными переживаниями, раскрывать значение и смысл всей сцены и отдельных ее элементов.

Драматизация может касаться очень разных содержаний и сторон личности пациента, например незаконченных ситуаций из прошлого,

актуальных ситуаций, желаний, установок и т. п. Случается, что ход некоторых процедур приобретает особенно драматическую форму, однако терапевт не должен стремиться к достижению внешних, «эстетических» эффектов, поскольку желаемый терапевтический результат вызывается не богатством экспрессии, а изменением внутренней системы значений, связанных с выполняемыми действиями.

Направление поведения. В некоторых ситуациях терапевт предлагает пациенту выполнить определенные действия, дает инструкции и указания относительно того, что можно сделать в данный момент. Такие инструкции не определяют того, как пациенту следует поступать в жизни, они только указывают направление конкретного поведения во время терапевтической работы. Такой эксперимент вызывает определенные переживания, способные изменить точку зрения пациента на его прежнее поведение, переживания, отношения с людьми.

Например, человека, который при разговоре постоянно как бы стонет (охает), но не сознает звучание своего голоса, терапевт может попросить о намеренном и усиленном стоне во время разговора. Человека с очень тихим и мягким голосом можно попросить говорить так, как если бы окружающие находились на большом расстоянии от него. Тому, кто обыкновенно говорит напыщенно, можно предложить обратиться к другим участникам группы со специальной торжественной речью. Хотя эта процедура содержит некоторые элементы драматизации, однако она ограничена специфическим поведением и направляется инструкцией терапевта. Предложения терапевта предоставляют пациенту возможность испытать поведение, которого тот избегает или которое является для него новым, трудным. Испытание и проверка этого поведения может раскрыть какие-то важные аспекты его личности. Например, пациенту, который очень неохотно высказывался в психотерапевтической группе, опасаясь мешать ее работе, терапевт предложил время от времени мешать остальным участникам группы. Он начал вести себя согласно инструкции и действительно мешал работе, однако по мере вовлечения в групповую дискуссию его поведение превратилось из помехи в конструктивное лидерство. Инструкция терапевта не состояла в научении пациента мешать другим, а предоставляла ему случай высвободить свою энергию, заблокированную и связанную с представлением о себе как непрошеном госте среди других людей.

Работа с фантазией. В гештальт-терапии существует ряд упражнений с использованием фантазии, иллюстрирующих процесс проекции и помогающих пациентам идентифицировать и в ряде случаев исправ-

лять фрагментарные аспекты их личности. *«Старый заброшенный магазин»* и другие упражнения были описаны Джоном Стивенсом (J. Stevens). Ценность этих упражнений состоит в том, что пациенты могут прикоснуться к тем аспектам своей личности, которые никогда полностью ими не осознавались. Инструкция по выполнению упражнения может быть дана всем членам психотерапевтической группы, а затем участники поочередно сообщают содержание своей фантазии: «Лягте на пол, закройте глаза и расслабьтесь. Представьте, что вы идете вниз по городской улице поздно ночью. Что вы видите, слышите, чувствуете? Вы замечаете маленькую боковую улочку, на которой находится старый заброшенный магазин. Окна его грязные, но, если заглянуть в них, вы можете заметить какой-то предмет. Тщательно его рассмотрите. Отойдите от заброшенного магазина, идите, пока не вернетесь в город. Опишите предмет, обнаруженный вами за окном заброшенного магазина. Затем вообразите себя этим предметом, описывая его от первого лица. Как вы чувствуете себя? Почему вы оставлены в магазине? На что похоже ваше существование в качестве этого предмета? Через несколько минут опять станьте собой и еще раз рассмотрите предмет в окне. Видите ли вы в нем что-нибудь новое? Хотите ли что-нибудь сказать ему?»

Существует много вариантов этого упражнения. Например, пациенты могут представить, что они гуляют по старому большому дому, а когда покидают его, уносят с собой какой-то предмет. Или вообразить, что они — цветы, и описать свой цвет, форму, соцветия, почву, на которой произрастают, то, как они ощущают солнце, дождь, ветер. Идентифицируясь с предметами, мы проецируем на них какие-то свои личностные аспекты.

Работа со сновидениями. Большое внимание уделяется гештальт-терапевтами работе над сновидениями. Перефразируя Фрейда, Перлз говорил, что «сон — это королевская дорога к интеграции личности». В отличие от психоаналитиков гештальт-терапевты не интерпретируют сновидения, а прорабатывают их. Перлз считал, что сновидение — это проекция нашей личности, а отдельные элементы сновидения — отчужденные части нашей личности. Для достижения интеграции необходимо совместить различные элементы сновидения, признать своими спроецированные, отчужденные части личности. С помощью проработки отдельных элементов сновидения посредством отождествления с ними и произнесения от их имени монологов обнаруживается скрытое содержание сновидения через его переживание. Вот пример работы со снови-

дением, описанный И. Симкиным (J. Simkin). Тревожная, доминирующая, манипулятивная женщина видит во сне, что она идет по извилистой дорожке в лесу с высокими деревьями. *Становясь* одним из этих деревьев, она чувствует себя более спокойной и имеющей глубокие корни. Возвращаясь в настоящую жизнь, она испытывает недостаток этих чувств и возможность их обретения. Когда она *становится* извилистой дорожкой, ее глаза наполняются слезами, так как она начинает интенсивно переживать извилистость своей собственной жизни и, опять, возможность в какой-то степени ее выпрямления.

Еще один пример, иллюстрирующий к тому же игру *«Преувеличение»* (собственное наблюдение). Молодой замужней женщине снится, как какой-то мужчина выгуливает собаку. Когда пациентка отождествляется с собакой, ее поведение меняется — она становится более вовлеченной, экспрессивной и спонтанной. Произнося монолог: «Я собака, у меня есть хозяин...», — она вдруг задает вопрос, который для нее самой кажется неожиданным и значимым: «Зачем ты меня держишь?» Продолжая монолог, пациентка совершает стереотипное движение рукой в области шеи, напоминающее стряхивание. На вопрос терапевта о том, что сейчас делает ее рука, недоуменно отвечает: «Не знаю». По предложению терапевта усиливает это движение и повторяет его много раз (при этом лицо все больше и больше искажается страдальческой гримасой) до тех пор, пока вдруг не останавливается и не восклицает: «Это ошейник! Я пытаюсь сбросить с себя ошейник!» Это открытие расценивается пациенткой как маленький проблеск осознания. На вопросы участников терапевтической группы, кого, по ее мнению, олицетворяет мужчина, она отвечает, что это, скорее всего, аллегорический образ, за которым стоят и ее отец, и ее муж.

Некоторые терапевты развивают работу над сновидением настолько, что она вовлекает помимо увидевшего сон и других членов терапевтической группы. Работа над сновидением становится тогда внешне похожей на театральное представление, в котором участники группы играют различные «части» сна. Это дает возможность драматизировать такие аспекты сновидения, которые могут иметь отношение к остальным членам группы.

Домашняя работа. Действия пациента и терапевта во время очередных занятий не создают условий, необходимых для глубоких терапевтических перемен. Они являются источником важных переживаний, мобилизующих процесс изменения, однако они требуют продолжения и развития в нормальных условиях повседневной жизни. Поэтому геш-

тальт-терапевт продолжает сотрудничество с пациентом за пределами терапевтического кабинета.

Домашняя работа пациента должна быть направлена на определенную область его конфликта. Терапевт может, например, предложить пациентам следующие действия: ежедневно хвалить себя перед каким-то человеком; договориться о свидании с девушкой моложе себя; рассказать жене все, что было с ним в течение дня; записывать ежедневно в течение получаса любые мысли, приходящие в голову в связи с диссертацией, независимо от пользы такой информации и т. п. Подобные предложения всегда связаны с направлением поисков пациента, склоняют его к ситуациям, в которых возможна конфронтация с некоторыми аспектами собственной личности, блокирующими его действия или осознание.

Применение гештальт-терапии

Гештальт-терапия традиционно рассматривается как наиболее эффективный метод лечения «чрезмерно нормативных, социально скованных, сдержанных индивидов» (то есть тревожных, фобических, депрессивных пациентов и лиц, склонных к перфекционизму), ограниченное функционирование которых связано с наличием внутренних блоков (И. Шеферд) (I. Shepherd). Такие люди обычно получают мало удовольствия от жизни.

Хотя Шеферд довольно точно очерчивает круг проблем, при которых гешальт-терапия наиболее эффективна, современная клиническая практика гештальт-терапии включает лечение значительно более широкого диапазона проблем.

Обсуждая вопрос о применении гештальт-терапии, Шеферд отмечает ограничения, которые относятся к любому терапевту, но в большей степени касаются «мастерской» Перлза, а также терапевтов, не имеющих достаточного опыта работы с тяжелыми пациентами.

Работа с пациентами, страдающими психозами и другими серьезными нарушениями, является более трудной и требует «осторожности, чувствительности и терпения». Таким пациентам нужна поддержка терапевта и, пусть небольшая, вера в собственные способности исцеления перед тем, как они начнут интенсивно переживать переполняющие их боль, ярость и отчаяние, лежащие в основе психологических процессов.

Работа с такими сложными пациентами требует опыта сбалансированного использования поддержки и фрустрации, применения дополнительных средств (таких, как дневное лечение и фармакотерапия) и т. д.

Гештальт-терапия с успехом применяется при лечении многих психосоматических расстройств, включая мигрень, язвенный колит, спазмы шеи и спины. Гештальт-терапевты успешно работают с супружескими парами, с пациентами, имеющими трудности во взаимодействии с авторитетными фигурами, работают с широким спектром интрапсихических конфликтов.

Формы применения. Гештальт-терапия приобрела репутацию в основном группового метода лечения. Групповая гештальт-терапия практикуется в трех формах.

1. *Центрированный на пациенте вариант.* Здесь имеет место работа терапевта в диаде с пациентом на фоне группы. Других членов группы просят воздерживаться от интеракций, пока работа не закончится. О пациенте, с которым проводится работа, говорят, что он сидит на «горячем стуле» (из-за интенсивности эмоций, которые он при этом испытывает). Напротив «горячего стула» располагают «пустой стул». Пациенту часто предлагают провести диалог, например поговорить со значимым для него человеком, как если бы тот сидел на пустом стуле. Пациента просят развить диалог по своему собственному сценарию, меняясь с воображаемым собеседником местами и произнося реплики от его имени. После окончания эксперимента другие участники группы делятся своими переживаниями. Эта обратная связь служит источником группового взаимодействия (интеракции). При этом становится очевидным, что другие члены группы идентифицируются с пациентом, занимающим «горячий стул», и проделывают большую самостоятельную работу над собственными проблемами, осознавая незаконченные ситуации или фрагментированные части своей личности. Это помогает и другим участникам распознавать свои неадаптивные позиции и стереотипы поведения.

2. *Центрированный на группе вариант.* Этот метод работы включает интеракции всех участников группы. Наблюдая за интеракциями пациентов, терапевт, исходя из контекста конкретной терапевтической ситуации, время от времени просит того или иного участника группы занять «горячий стул» или «совершить круг» с целью выполнения какого-либо упражнения (гештальт-эксперимента).

Имеются определенные ограничения того, что может быть расценено как ценное или значимое во взаимодействии участников группы. Интеллектуализация, психологизация, советы считаются пустой тра-

той времени и энергии. Всякие попытки втиснуть поведение индивида в теоретические рамки — анализировать и объяснять его на основе психологической теории — неуместны. В гештальт-терапии «объяснения» расцениваются как «извинения» за избегание настоящего. Пациентов побуждают концентрироваться на том, что они переживают и как они действуют в ситуации «сейчас».

В группе создается атмосфера безопасности принятия риска в экспериментировании нового поведения. Позиция открытого самовыражения дает возможность участникам группы устанавливать аутентичные отношения друг с другом. Самовыражение пациентов всячески поощряется терапевтом. Попытки убеждать другого, навязывать свое мнение или точку зрения расцениваются как манипуляции, которые уводят от подлинных отношений. Игры и другие гештальт-процедуры, предлагаемые терапевтом, предназначены для усиления осознания «здесь и сейчас», а также развития аутентических отношений между участниками группы.

3. *«Мастерская»* (*«Workshop»*). Эта форма групповой деятельности ограничена временными рамками, иногда до одного дня. Мастерские, устраиваемые в конце недели, могут длиться от 10 до 20 или более часов. Продолжительные мастерские длятся от одной недели до нескольких месяцев. Типичная мастерская конца недели состоит из одного терапевта и 12–16 членов группы. Если мастерская длится более недели, то в ней может участвовать 20 человек, но в таком случае обычно присутствует котерапевт.

Поскольку мастерская ограничена определенным сроком, а участникам предоставляется много времени, то обычно в этих группах отмечается высокая мотивация «работать». Иногда устанавливается правило, согласно которому никто не может повторно быть в центре внимания группы, пока каждый из участников один раз не поработает со своими проблемами. Когда такого правила нет, то «нахальство» некоторых членов группы позволяет им несколько раз стяжать интенсивное терапевтическое внимание к своей личности.

Специфической особенностью гештальт-терапии является тот факт, что возможность ее применения не ограничивается только работой с пациентами и собственно лечением. Эта терапия становится также эффективным методом воспитательной работы, помогающим здоровым людям в личностном росте и в реализации их потенциальных возможностей, поэтому в значительной мере гештальт-терапия популярна вне клинической среды, ее методы и идеи включены в течение гуманистической психологии и «движения за актуализацию человеческого потенциала».

Методы гештальт-терапии в системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Гештальт-терапия — одна из основный ветвей гуманистической психологии — получает все более широкое признание благодаря не только своему мощному терапевтическому и воспитательному потенциалу, но и способности интегрироваться с другими психотерапевтиче- скими подходами. Феноменологический подход гештальт-терапии, подчеркивающий важность осознания пациентом настоящего посредством переживания текущих мыслей, чувств и телесных ощущений, противопоставлялся Перлзом каузальному подходу, при котором усилия психотерапевта (и пациента) направляются на поиски причин болезненного расстройства. Однако ортодоксальная модель гештальт-терапии с ее нарочито пренебрежительным отношением к причинности и интерпретациям постепенно сменяется более гибкой моделью, допускающей интерпретирование. Становится очевидным, что сильная сторона гештальт-терапии заключается не в противопоставлении ее функционального (феноменологического) подхода каузальному (патогенетическому), не в противопоставлении непосредственного переживания (опыта) анализу, а в ее возможностях к интеграции двух подходов, к синтезу анализа и опыта. Принцип каузальной терапии «тогда» дополняется главным принципом гештальт-терапии «сейчас». Интеграция этих принципов позволяет наиболее эффективно работать над проблемами пациента, восстанавливать связи актуального поведения, трудностей в социальном функционировании с прошлым жизненным опытом. В психотерапии стран Запада приемы гештальт-терапии с успехом сочетаются с трансакционным анализом.

Приемы гештальт-терапии можно использовать как в индивидуальной, так и в групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Индивидуальная психотерапия, как мы видели, ориентирована на историческое осознание, в центре ее внимания оказывается история жизни пациента, биографический материал. При этом психотерапевт и пациент в большей мере фокусированы на вопросах «там и тогда», заняты выяснением причин неблагополучия пациента. Эмоциональная вовлеченность пациента может оказаться недостаточно высокой, особенно если он склонен к образованию таких механизмов психологической защиты, как рационализация или ин-

теллектуализация. Для постижения неосознаваемого психологического содержания (инсайта) необходимо глубокое эмоциональное «проживание» конфликта, его эмоциональное отреагирование. В результате психологического воздействия, направленного на акцентирование эмоционального аспекта отношений через конфронтацию пациента со значимыми для него переживаниями, происходит осознание прежде подавляемых или проецируемых чувств, желаний, потребностей, стремлений.

В отличие от каузального подхода, при котором пациент рассказывает о своих чувствах, переживаниях, гештальтистский подход выражается в непосредственном переживании в ситуации «сейчас». Пациент с помощью психотерапевта погружается в значимый для него психологический материал. При этом поощряется наиболее полное эмоциональное отреагирование. Рассмотрим наиболее известные приемы гештальт-терапии с точки зрения возможности их интеграции в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Выраженным катартическим эффектом обладает гештальт-техника под названием «незаконченное дело». Незаконченное дело — это любая неудовлетворенная, часто неосознаваемая в полной мере потребность человека. Наиболее актуальными незаконченными делами являются неотреагированные эмоции, невысказанные чувства, различного рода претензии к эмоционально значимым лицам. Пациенту предлагается выразить свое чувство воображаемому лицу с использованием вербальных и невербальных средств общения. Случается, ситуация приобретает весьма драматичный характер, когда речь идет о близких людях, ушедших из жизни. Для более полного отреагирования пациенту предлагается по возможности ярче представить воображаемого человека, его лицо, улыбку, голос. При этом пациент может совершать какие-либо манипуляции: например, коснуться руки воображаемого человека, погладить его волосы и т. п. Если при этом у пациента появляются слезы, психотерапевт не утешает и тем более не призывает к сдержанности — напротив, поощряет слезы: «Пусть они прольются, эти очищающие слезы». В процессе такой работы проясняются отношения пациента к значимым другим людям, происходит осознание ранее неосознаваемых аспектов отношений, становится очевидным противоречивый, амбивалентный характер отношений — эмоциональное очищение сопровождается интеллектуальным прояснением.

Часто используется прием «преувеличение». Он позволяет более полно соприкоснуться с подавляемыми эмоциями, вытесненным пси-

хологическим материалом. Психотерапевт обращает особое внимание на язык тела пациента, замечая «что» и «как» делает пациент для уклонения от конфронтации с актуальными переживаниями, чувствами, потребностями. Блокирование осознания может выражаться в стесненном дыхании, в ощущении сдавленности в горле, различных мышечных сокращениях, мелких движениях пальцев рук. Замечая такие проявления, психотерапевт просит пациента преувеличивать некоторые из них, например сильнее сжимать пальцы рук, усиливать постукивание ногой и т. п. В процессе выполнения этого задания у пациента возникает осознание вытесненного психологического содержания, а также понимание того, как он избегает соприкосновения с болезненными переживаниями. Для расширения осознания используется и специальная процедура под названием «континуум осознания», во время которой пациент сосредоточивает внимание на поочередно возникающих в потоке сознания мыслях, чувствах, переживаниях, ощущениях с последующей их вербализацией. Эта процедура позволяет пациенту лучше понять свои потребности, желания, углубиться в ту область своей психической жизни, которая скрыта от осознания. Психотерапевт помогает при этом пациенту преодолевать возникающее сопротивление, поощряет его к спонтанности, к более глубокому погружению в область недостаточно осознаваемых переживаний. Расширение осознания — один из важнейших принципов гештальт-терапии. О чем бы ни шла речь, какие бы технические процедуры не выполнял пациент, психотерапевт постоянно возвращает его к своим чувствам, к осознанию того, «что» и «как» происходит в настоящий момент.

Среди различных методов гештальт-терапии важная роль отводится игре «Диалог между фрагментами собственной личности». В контексте разработки интегративного подхода эта процедура приобретает особое значение, поскольку в ней заключены большие потенциальные возможности для осознания внутриличностного конфликта. Согласно теории гештальт-терапии, невротическая личность фрагментирована: больной неврозом отчуждает (проецирует) присущие его личности аспекты и присваивает (интроецирует) чуждые, не продиктованные собственными потребностями, но предлагаемые социумом паттерны мышления, чувств, поведения. Целью гештальт-терапии является интеграция личности, восстановление ее целостности, гармоничности, нарушенной в процессе социализации. Пациент должен принять себя таким, какой он есть, осознать, какие аспекты своего Я он отчуждает, что не принимает в себе, а что, напротив, присваивает из не принадлежащего ему по праву

или пассивно принимает под давлением социума. Интегрированная, или зрелая, личность — личность с высокой степенью осознания — выбирает «срединный путь», путь примирения собственных осознанных потребностей с требованиями общества, чем достигается гармония Я с окружающим миром. «Диалог между фрагментами собственной личности» — процедура, способствующая интеграции фрагментированной личности, слиянию противоположностей. Наиболее универсальными, значимыми для человека противоположностями являются: мужественность—женственность, агрессивность—пассивность, зависимость—автономность, рациональность—эмоциональность. Процедура выполняется с помощью пустого стула, который располагают напротив пациента. Пациент поочередно меняет стулья, отождествляя себя с противоположными сторонами своей личности и проводя диалог между ними.

Если рассматривать эту процедуру с точки зрения психологии отношений и представлений о неврозе как конфликтогенном заболевании, то по существу речь идет об осознании отношения к самому себе, осознании неадекватности самооценки, о столкновении противоречивых сторон отношения к себе, лежащих в основе интрапсихического конфликта. Интеграция личности в рассматриваемом контексте соответствует моменту формирования адекватной самооценки, отказу, с одной стороны, от несоответствующих возможностям личности претензий, от нереалистических установок, чрезмерно высоких требований к себе или другим, а с другой стороны, принятию прежде отвергаемых потребностей, тенденций, установок, повышению ценности собственных возможностей, способностей, признанию уникальности своего Я.

Проработка внутриличностного конфликта с применением техники гештальт осуществляется следующим образом. В процессе обсуждения с пациентом его проблем, трудных жизненных ситуаций, коллизий, при анализе эмоционально значимых для него отношений (отношения к себе, к значимым другим) пациента просят проиграть диалог между «желанием» и «возможностями», между «желанием» и «долгом». Чаще, однако, диалог проводится между содержательными элементами конфликта. Например, мать, которая с помощью невротической симптоматики удерживает при себе взрослого сына, просят проиграть диалог между «удерживающей» и «отпускающей» матерью. Или мужчину, достигшего предела своей профессиональной компетентности и не справляющегося с возрастающими требованиями, можно попросить разыграть диалог между «эрудированным» и «несведущим» или между «преуспевающим» и «заурядным» и т. п.

Диалоги проигрываются и с воображаемыми значимыми другими (родителями, супругами, детьми, начальниками и т. д.). Эта психотехника ярко воплощает теоретическое положение об идентичности внутриличностного и межличностного конфликта, концепцию интериоризации—экстериоризации. В процессе диалога пациент проецирует на значимого для него «собеседника» собственную проблематику, связанную с внутриличностным конфликтом. Пациент осознает, что источником трудных отношений с другими людьми является он сам, те противоречия, которые лежат в нем самом, а не какие-то внешние, «объективные» причины.

Приемы гештальт-терапии могут быть использованы в групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. В сеансах биографической ориентации можно использовать классическую модель групповой психотерапии Перлза, которая основана на диадном взаимодействии врача и пациента на фоне группы. Психотерапевт направляет пациента, просит повторять значимые для пациента слова, направляет его монологи и диалоги, просит усиливать какие-то действия и т. п. Роль группы сводится к отражению переживаний пациента и к внутренней работе, связанной с отождествлением с пациентом и его проблемами.

При интеракционистской ориентации групповой психотерапии диадный контакт осуществляется не на фоне относительно пассивной группы, а органически включается в структуру группового занятия: спонтанное взаимодействие у участников группы подводит к необходимости подключения в какой-то момент терапевтической ситуации того или иного приема гештальт-терапии. При таком варианте психотерапевт выступает в роли эксперта, к помощи которого время от времени прибегает группа для облегчения решения стоящих перед ней задач. Выполнив свою экспертную роль, психотерапевт снова уходит на задний план, предоставляя возможность группе спонтанно развиваться. Работая с членом группы один на один, психотерапевт использует такие же приемы, как и при индивидуальной психотерапии. Здесь необходимо еще раз подчеркнуть, что в практике групповой патогенетической психотерапии разделение сеансов на биографические и интеракционистские является достаточно условным: обычно в одном сеансе сочетаются различные виды ориентаций.

В гештальт-терапии разработаны специальные приемы, предназначенные для групповой ее формы. Они основаны на интеракциях между участниками группы и членом группы, находящимся в центре внимания (сидящим на «горячем стуле»). Наиболее известные из таких

приемов игр: «Хождение по кругу» («Рондо»), проективные игры, реверсивная игра («Выявление противоположного»). Во время «Хождения по кругу» пациент приближается к каждому участнику группы и обращается к нему с каким-либо значимым для него утверждением, выражает свое чувство, свои опасения, сомнения, страхи, по предложению психотерапевта совершает какие-либо действия, направленные на выражение своего отношения к участникам группы. В форме «Рондо» часто разыгрывается незаконченное дело. При проективной игре пациента просят отождествиться с тем аспектом своей личности, который он отчуждает, «примерить» ту черту, которую он проецирует на других, и с позиций человека, обладающего этой чертой в гротескной форме, вступить во взаимодействие с каждым участником группы, совершая «Рондо». При реверсивной игре пациент должен разыграть поведение, противоположное тому, которое он демонстрирует в группе и которое является для него защитным. Так, женщину, играющую в группе роль «душечки», просят перевоплотиться в агрессивную, высокомерную, задевающую других. Если в ходе игры пациенту удается полная идентификация, он начинает осознавать, что проигрываемая роль и черты личности являются его собственными, подлинными. Таким образом интеллектуальное осознание возникает на высоте непосредственного переживания в ситуации «сейчас». Согласно концепции гештальт-терапии, связь с «тогда» возникает естественно и не требует специальных психотерапевтических усилий, ибо «сейчас» — это актуализация прошлого опыта. Однако практика показывает, что не всегда возникает полноценный инсайт, полное осознание, — чаще это лишь «зарницы», кратковременные «проблески» осознания. Именно в связи с этим возникает необходимость сочетания патогенетического (каузального) и гештальтистского (феноменологического) подходов. Так, во время занятий групповой патогенетической психотерапией с использованием гештальт-экспериментов, после выполнения пациентом одного из описанных приемов участники группы обмениваются мнениями, предоставляют обратную связь, интерпретируют полученный в процессе эксперимента материал. Групповая дискуссия способствует «дозреванию» пациента, трансформации «проблесков» осознания в «просветление». Если психотерапевт, работающий в чистой гештальт-технике, постоянно (и в этом его основная задача) возвращает пациента в ситуацию «сейчас», то при интегративном подходе мастерство психотерапевта состоит в умелом сочетании двух принципов — «сейчас» и «тогда».

Итак, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, основанная на принципе причинности, больше связана с анализом истории пациента, с воздействием на когнитивный аспект его отношений; гештальт-терапия, основанная на «сейчас», акцентирует «переживание» актуальной ситуации и поэтому больше связана с воздействием на эмоциональный аспект отношений. Отсюда следует, что оптимальное психотерапевтическое воздействие должно основываться на сочетании двух подходов: каузального (исторического) и функционального (феноменологического).

Случай из практики

Интегративный подход в психотерапии, в частности интеграция принципов и методов гештальт-терапии в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, может быть проиллюстрирован примером работы с пациентом в течение трех сеансов групповой психотерапии с применением гештальт-экспериментов.

Первый сеанс

Терапевт. Кто готов вынести свою проблему на обсуждение? У кого есть какие-то трудности, которые он хотел бы разрешить с помощью группы?

Сергей (участник группы). У меня сложные взаимоотношения с матерью, и я хотел бы разобраться в этом. Меня угнетает то, что она чрезмерно опекает меня, вмешивается в мои дела, ограничивает мою свободу. Это вызывает чувство раздражения, ссоры между нами.

Далее Сергей предлагается рассказать о себе и о своей жизни то, что, с его точки зрения, является важным, существенным.

Сергей рассказал следующее. Ему 27 лет, он холост и живет с мамой. Матери 53 года, у нее доминирующий характер, и она подавляет его. Отец злоупотреблял алкоголем, родители развелись по инициативе матери, когда мальчику было 9 лет. Отец живет в другом городе, имеет другую семью. Первые четыре года после развода мальчик с отцом не встречался. Вспоминает, что тосковал по отцу, хотелось, чтобы он вернулся; он говорил об этом матери, но мать была настроена категорически против отца, упрекала в том, что он испортил ей жизнь, унижала его в глазах сына: «Твой отец ничтожество», «Слабый человек», «Безвольный пьяница» и т. п. В последующие годы Сергей встречался с отцом ежегодно, приезжал к нему погостить. Мать пыталась устроить свою личную жизнь, но безуспешно. Одно время в семье наездами появлялся «дядя Слава», но у него была своя семья.

После окончания медицинского института уехал по распределению в другой город. Тосковал по матери, звонил по телефону почти каждый день, часто приезжал к ней.

Рассказал о своей интимной жизни. Встречался с женщинами, но до прочных отношений дело не доходило: или он уходил, или его скоро оставляли, поскольку он не решался сделать предложение. Часто не доходило и до близких отношений. О мотивах своего нерешительного поведения по отношению к женщинам говорит весьма путано, пытается объяснить это наклонностью к платоническим отношениям, к идеализации любви, а также социальной неподготовленностью к вступлению в брак (отсутствие подходящих жилищных условий, низкая заработная плата и т. п.). Создается впечатление о том, что мотивы недостаточно осознаются, прибегает к рационализации.

Рассказал, что отношения с матерью особенно напряжены в последние годы. Мать раздражает его тем, что не спит ночами, когда его нет дома, ждет его возвращения, постоянно спрашивает, где он проводит время, когда вернется домой, и т. п. Не чувствует себя свободным. В то же время мать не возражает против того, чтобы он женился, воспринимает это как неизбежный факт.

На вопрос о том, предпринимал ли он попытку жениться, рассказал, что, приезжая к матери, когда он работал по распределению в другом городе, встречался с девушкой и через некоторое время сделал ей предложение. Уклонился от ответа на вопрос, был ли в нее влюблен: «Она мне нравилась». Первый же вопрос девушки о том, где они будут жить, вызвал растерянность и недоумение, поскольку считал естественным, что жить они будут у него с мамой. Получил уклончивый ответ на свое предложение, девушка просила дать ей месяц на размышление. В последующие за этим дни испытывал напряжение. Была неприятна необходимость прийти в ее дом для представления родителям, опасался, что придется жить в чужом доме, с чужой матерью. Мать девушки не понравилась, чувствовал ее властность, стремление во всем настоять на своем, была неприятной мысль, что придется подчиняться ей. Мать завела разговор об участке. Понял: они хотят, чтобы он жил у них. Особенно болезненно воспринял реплику девушки: «Я понимаю нежные отношения сына и матери и даже ценю их, но жить со свекровью я категорически отказалась бы». Тяготился ситуацией ожидания. Решил форсировать события, чтобы освободиться от неприятных переживаний, торопился «решить все раз и навсегда». Позвонил девушке и потребовал дать ответ. Снова девушка уклонилась от прямого ответа. После этого уехал на работу по месту распределения и больше не звонил.

Еще до этого сообщил матери о намерении жениться. Мать восприняла это внешне спокойно. Почти не говорили на эту тему. Когда через некоторое время мать осторожно спросила, как идут дела, он ответил с небрежностью о том, что говорить больше не о чем. Больше к этой теме не возвращались.

Терапевт. Сейчас у тебя есть возможность закрыть гештальт, закончить незавершенную ситуацию с девушкой. Вообрази, что она сидит на стуле напротив тебя, и проведи с ней диалог. Когда будешь говорить от ее имени, то пересаживайся на ее стул, причем старайся перевоплотиться, *стать* ею, вчувствоваться в ее переживания, посмотреть на мир ее глазами, с точки зрения ее потребностей, интересов. Попытайся осознать мотивы своего поступка, что двигало тобою изнутри, почему ты расстался с ней, какие внутренние преграды стояли, что помешало вам соединиться? Чтобы этот диалог состоялся, надо быть предельно искренним и спонтанным. Итак, твоя девушка, Оксана, сидит напротив...

Сергей. Привет!

Оксана. Привет!

Сергей. Ну как дела?

Оксана. Да ничего.

Сергей. Как успехи? (*К терапевту:* В тот период?)

Терапевт. Здесь и сейчас! Тебе надо завершить ту незаконченную ситуацию. Тогда ты не позвонил, и не было объяснений, пусть это объяснение произойдет сейчас. Вы сейчас встретились и пытаетесь понять, что произошло, почему вы расстались.

Далее идет довольно формальный разговор на общие темы: о родственниках, о работе и т. п. (*«из вежливости»*).

Терапевт. (*Прерывает*) Давайте ближе к теме, так можно долго разговаривать. Спроси у Оксаны: «Ты не жалеешь, что так все получилось?»

Сергей. Ты не жалеешь, что так получилось?

Оксана. Жалею. Но ты же не позвонил. Ну кто же так замуж-то предлагает?

Сергей. Ну женился бы я на тебе, а потом… (*Пауза, не знает, что говорить)*

Терапевт. Вот и скажи, а что было бы потом.

Сергей. Наверное, все-таки я устал бы, устал бы… (*Снова долгая пауза*)

Терапевт. (*Со стороны Оксаны*) От чего бы ты устал?

Сергей. Бороться бы устал. Бороться с твоим стремлением подчинить себе. Постоянно волноваться за тебя. А может быть, даже и ревновал бы тебя. Я просто ревновал бы тебя к другим мужчинам... А может быть, я просто боялся тебя потерять.

Оксана. Почему ты боялся?

Сергей. Ты же знаешь меня — я люблю сидеть дома, вообще я хочу быть дома… (*Заминка, затем с мечтательной фальшивой интонацией*) Я хочу быть с тобой… Я хочу заняться работой, в конце концов.

Терапевт. Спроси у Оксаны: «Как ты думаешь, почему я так поступил?»

Сережа. *(Повторяет вопрос)*

Оксана. Да ты неумелый, не знаешь, как ухаживать за девушкой! Тебя ждешь, ждешь. А ты все куда-то едешь... *(С досадой)* А потом встречаешь холодное твое лицо.

Терапевт. Спроси у Оксаны: «И все-таки, что ты думаешь, почему я так поступил?»

Сережа. Почему я не женился на тебе?

Оксана. *(Тихо)* Не знаю... А может быть, ты испугался, а может быть, ты... *(Долгая пауза)* нерешительный... может быть, ты слушаешь своих друзей... не знаю... может быть, ты... *(Тихим голосом, робко)* слушаешь свою... маму. Я не знаю. *(С готовностью)* Да в общем, расскажи мне сам! Ага! Ты не хочешь говорить, не хочешь... Ты просто не любишь меня, скорее всего. Ведь мужчина должен ухаживать, быть рыцарем, дарить цветы, а ты так редко мне их дарил... *(Далее уходит в общие рассуждения от достигнутого осознания, «заговаривает»)*

Терапевт. *(Настаивает со стороны Сергея)* Оксана, я все-таки хочу услышать от тебя, что ты обо мне думаешь, скажи искренно.

Сережа. *(Решительно)* Скажи, как есть на самом деле.

Оксана. Я думаю, что ты, как и все мужчины *(Говорит без задержек, с готовностью, как будто нашел объяснение)* Все вы хотите чего-то одного и не хотите понять...

Терапевт. *(Прерывает)* Сережа, я хочу, чтобы это было искренно. Что ты делаешь сейчас?

Сережа. Я передаю то, что она говорит.

Терапевт. Ты кокетничаешь сейчас!

Сережа. Так она всегда говорит!

Терапевт. *(Настаивает с легкой досадой)* Выясни, что она сейчас о тебе думает.

Сережа. *(Со стороны Оксаны) (Меняет манеру, становится серьезным, задумчивым, после долгой паузы).* Я думаю, ты слабый человек... *(Обращается к терапевту)* Это мои мысли, я не могу сказать, что она думает, я не могу знать! Это сплошь одно кокетство!

Терапевт. Представь себе, что настал момент истины, теперь не до кокетства. Вы дошли до такой черты, когда ложь становится просто нелепой и неприличной и надо говорить только правду!

Сережа. *(Со стороны Оксаны) (Опустив голову, медленно, внушительно, с большой экспрессией.)* Какая ты мразь... ты мразь... Мне действительно тебя жаль... Я ведь тебя любила, а ты... *(Пауза)*

Сережа. Ты меня как мужчину не воспринимаешь вообще, ну не чувствовал я этого! Эти кратковременные встречи, наезды. Ты не думала обо мне... *(К терапевту)* Я хочу уйти! Мне нечего больше сказать!

Терапевт. *(От Оксаны)* Нет, я прежде хочу знать от тебя, что произошло!

Сережа. Я придумал какую-то волю, я начитался, я придумал какую-то силу... Да, да, были запреты, самоограничения, анализ. А я... я тебя любил, любил и изменял.

Терапевт. *(От Оксаны)* Скажи, почему тебе лучше без меня?

Сережа. Мне не нужно ничем себя обременять, мне не нужно ни с кем бороться, ни о ком думать, я себя комфортнее чувствую. Все! А вот скажи ты мне, за что тебя так любят в семье? Почему ты так себя вела? Ты человек малоинтересный, мне часто было скучно с тобой. Мое внимание ты привлекала какими-то примитивными формами. Сплошным кокетством. Я ощутил, что ты многое взяла от своей мамы — ее директивность, догматизм. Ты часто говоришь «мое мнение», не аргументируя... *(Продолжает перечисление претензий, анализируя характер Оксаны)*

Терапевт. *(Прерывает)* Сережа, переведи на собственную личность. Взаимные упреки оставим в стороне! Пусть это будут сильные слова. Даже если и объективно несправедливые, но чтобы они шли от сердца.

Сережа. *(Громко, решительно)* Я побоялся взять на себя ответственность... иметь собственную семью! Постоянно сглаживать, обыгрывать конфликты между тобой и мамой. Я всего этого боялся. Мне стало страшно, понимаешь, просто страшно, и я не захотел этого! *(Долгая пауза)* Я не могу больше ничего сказать. Все!

Терапевт. Что ты чувствуешь?

Сережа. В ногах тепло. В лице жар. Боль в спине. Ощущение какого-то освобождения. Сильно устал. Мышечное расслабление. Все!

Второй сеанс

Сережа. Трудности прежде всего в том, что у меня неосознанная раздражительность к своей маме. Причем, когда я ее не вижу, то хочу увидеть ее, хочу помочь ей в чем-то, чем-то поделиться... Это все уходит, как только я прихожу домой. Хотя, если она улыбается, смеется, я всегда искренне разделяю ее радость. Проблема в том, что мы оба понимаем конфликтность наших отношений, но ни я, ни она не склонны пересмотреть... трезво отнестись к этому конфликту...

Терапевт. Сережа, у тебя есть конкретные претензии, обиды?

Сережа. Есть, есть.

Терапевт. Вообрази, что на этом стуле перед тобой сидит мама и молчит, она не будет тебе возражать, а ты выскажи ей так искренне, как только ты можешь, все свои претензии и обиды.

Сережа. Понимаешь, мне не нравится то, что ты постоянно практически во всем, в любых мелочах упрекаешь меня. Мне не нравится, что ты часто косвенно пытаешься навязать мне свою точку зрения по поводу решения каких-то вопросов. Мне не нравится то, что ты не разделяешь моих привязанностей к людям, то есть к моим друзьям. Сейчас, безусловно, меньше, а в детстве...

Мне не нравится то, что ты не знаешь — но сейчас, слава богу, усвоила — имена моих друзей. Мне не нравится твой прагматизм, во всем ты пытаешься искать какую-то выгоду. Мне не нравится то, что ты высказываешь свою точку зрения по поводу женщин, с которыми я встречаюсь. Мне не нравится, что ты во все лезешь и мешаешь мне принимать свои решения. Мне не нравится, что ты не пытаешься прислушаться ко мне, когда я хочу дать тебе трезвый совет. Мне не нравится твоя нерешительность. Мне не нравятся твои конфликты на работе. Мне не нравится, что ты говоришь со мной о не волнующих меня вещах. Мне не нравится, что ты раньше читала, а сейчас забросила свою профессию. Мне не нравится твоя мелочность. Мне не нравится, что ты не скрывала от меня своего негативного отношения к отцу. Мне не нравится, что ты постоянно воспитывала во мне какое-то презрение к отцу. Мне не нравится твое отношение к родственникам, хотя формально все хорошо. Мне не нравится, что ты стремишься доминировать, что ты часто повторяешь: «Мать есть мать, сын есть сын». Мне не нравится, что ты не следишь за собой, мне не нравится твой бедный гардероб, ходишь в старой обуви. Для кого все это? Мне не нравится, что ты призываешь меня к выполнению какой-то нашей семейной программы, которая сплошь и рядом порочна. Мне не нравится, что ты хочешь, чтобы я занимался сельским хозяйством, я хочу быть врачом, я еще не оставляю надежды быть врачом. Мне не нравится то, что ты даже сейчас можешь меня унизить. Мне не нравится, что любое мое жесткое поведение ты расцениваешь как грубость.

Терапевт. Ты предъявил маме много разных претензий. Назови теперь самую главную.

Сережа. *(С глубоким раздумьем, тихо)* Из-за тебя я не могу чувствовать себя самостоятельным человеком. Ни в чем!

Терапевт. *(Обращает внимание на то, что пациент во время монолога постоянно притирает ладони одну к другой)* Что ты сейчас делаешь руками?

Сережа. Я тру пальцами ладонь. Я не знаю…

Терапевт. Попытайся усилить это движение рук и понять, что за этим стоит.

Сережа. *(Усиливая движение рук)* Я вижу ее взгляд. Я ощущаю материнский взгляд… Это, может быть, там глубоко отец… Я передаю отношения между нами, между мной и матерью. То она прижмет меня к себе, то она меня унизит, накричит на меня, оскорбит. У нее это часто бывает. С детства. Я ненавижу ее за это. За то, что она с самого начала воспитывала меня какого-то особенного, постоянно во мне отмечала какие-то достоинства и сама тут же могла унизить меня. Все запрещала. *(Далее обращаясь к матери)* Ты запрещала поздно приходить домой, встречаться… с девушками:

«Надо сначала окончить школу, поступить в институт». Да, ты всячески противилась моим встречам с девушками. Я запомнил один момент, когда ты сказала: «До окончания института жениться не смей!» Ты часто называла меня мразью. Очень часто. Стоило мне в 24 года поздно прийти домой — все! *(Размышляет вслух, медленно)* А может быть, те мужчины, которые... я часто их не принимал... с которыми она встречалась. Она часто советовалась со мной, мне было уже 14–15 лет. Советовалась со мной, будто сама чего-то боялась... *(Снова к матери)* Мне надоели твои упреки в том, что ты мне все дала, а я такой неблагодарный. Мне надоело твое постоянное желание, чтобы я все время был с тобой. Мне надоели твои слезы... Я так хорошо себя чувствовал, когда тебя не было рядом. Хотя иногда я хочу тебя видеть. Мне надоело постоянно себя сдерживать. Я не могу с тобой серьезно поговорить ни о каких своих проблемах. Ты не принимаешь мои слова на веру либо полностью их отвергаешь. Мне надоело — если я прихожу утром, ты закатываешь мне истерики. Мне надоели твои постоянные укоры и стремление... женить меня, хотя знаешь, что при таком отношении я этого не сделаю. Мне надоело твое притворство, когда я вижу, когда ты с кем-нибудь встречаешься, ты формально интересуешься человеком. Ты думаешь, я этого не замечаю. Вообще, у тебя формальные отношения. Мне надоели твои упреки в отношении бытовых проблем. Когда я начинаю чинить сантехнику, ты лезешь туда, когда я берусь чинить утюг — ты опять лезешь! Мне надоело видеть тебя постоянно рядом. На-до-е-ло! Вот я сейчас... тебя нет — и я прекрасно себя чувствую! Великолепно! Я не вижу тебя десять дней, и я отдыхаю! Ты думаешь, что когда ты уезжаешь, то я обязательно кого-то приведу. Мне надоели вот эти твои постоянные подсматривания. Где не так тапочки стоят, где не так еще что-нибудь такое. Не дай бог я чашку забуду вымыть — это же кошмар! «А кто у тебя был?» Я что, не могу пригласить кого-нибудь? Мне все это надоело! Во всем ты выбираешь! Ты решаешь! Мне это надоело!

Терапевт. Тебе не надоело продолжать эти обвинения?

Сережа. Да какой-то след остается, еще что-то...

Терапевт. Видимо, ты не проговариваешь самого главного. Ты буксуешь, понимаешь? Потому и след... Надо сделать тот самый толчок или рывок, о котором мы вчера говорили. Прорыв надо сделать. *(Долгая пауза)*

Терапевт. *(Предлагает сесть на стул мамы)* Пусть теперь мама скажет тебе.

Сережа. *(От имени матери)* Ты ведь знаешь прекрасно, твой отец испортил мне жизнь. Ты ведь знаешь, чего стоило мне поставить тебя на ноги, чего стоило получить эту квартиру. Я хотела, чтобы ты не испытывал тех трудностей, которые испытала я. Ты же знаешь прекрасно, что я жертвовала своей личной жизнью, чтобы

ты стал на ноги. Я хотела, чтобы ты получил образование. Ты его получил — я довольна этим. Я сделала для тебя все, и вот теперь ты отвечаешь мне черной неблагодарностью! У всех дети как дети, а ты неблагодарный сын. Я знала это. Неблагодарный сын. Я знала, что ты захочешь от меня уйти, что ты захочешь самостоятельности, что эти девки тебя до хорошего не доведут. Я знала это прекрасно. И вот я получила. Я получила по заслугам. За то, что я всегда себе во всем отказывала! Ты же знаешь, что я одна, я одинока. Я переживаю, когда тебя долго нет.

Терапевт. *(Просит занять прежнее место)* Посмотри теперь на маму и скажи, что ты чувствуешь к ней?

Сережа. Я чувствую какую-то опустошенность... Сейчас передо мной ее глаза. Я ощущаю какую-то усталость в теле, хотя сознание ясное. Мое состояние изменилось, оно совсем другое...

Терапевт. После того, как вы высказали претензии друг к другу, не возникает желания просто поговорить с мамой, попытаться понять, в чем дело, что такое происходит с вами, почему порознь вам плохо, а вместе еще хуже?

Сережа. *(Обращаясь к матери)* Я не чувствую, чтобы ты сейчас хотела этого.

Терапевт. Наверное, это зависит еще и от тебя.

Сережа. *(Медленно, трудно, подавленно)* Давай сейчас с позиции взрослых людей обсудим эту проблему. Вот ты говоришь, что я часто забываю о тебе в различных ситуациях. Почему ты так говоришь?

Мама. Ты же знаешь, я боюсь. Когда ты рядом, я чувствую себя спокойнее. Мне страшно оставаться одной. Ты — единственное, что у меня осталось, ты единственный человек, который мне нужен.

Сережа. *(Тихо, с нежностью)* Мама, я же не собираюсь уезжать. Ты же знаешь прекрасно, что я часто думаю о тебе. Когда я уезжал, ты же помнишь, я звонил тебе каждый день. Ты же чувствовала мое присутствие, ты знала, что я рядом, что я о тебе волнуюсь. Я бы хотел, чтобы мы сообща решали все наши семейные дела, ставили бы друг друга в известность. Может быть, тогда я женюсь... и будут дети, внуки...

Терапевт. Спроси у мамы: «Мама, ты хочешь, чтобы я женился?»

Сережа. Ты хочешь, чтобы я женился?

Мама. Да, я хочу, но я хочу... *(Пауза)* чтобы тебе попалась такая жена, которая бы уважала и ценила тебя. Я хочу, чтобы ты женился. Я хочу тебе счастья, хочу... я тоже устала от всего этого.

Терапевт. Спроси от имени мамы: «Ты сам-то жениться хочешь?»

Сережа. *(От имени мамы)* Ты хочешь жениться?

Сережа. *(Долгая пауза)* Нет!

Терапевт. *(От имени матери)* Так чего же ты хочешь?

Сережа. *(Тихо, после паузы)* Я тоже хочу быть с тобой. Хочу жить так, как и жили... Довольствоваться тем, что есть... *(Громче,*

более живо, как бы приходя в себя) Меня удовлетворяет все это... Все прекрасно!

Мама. *(Тихим, упавшим голосом)* А как же дети?

Сережа. *(Более живо)*: Что дети? Что сейчас дети? Их прокормить даже нечем сейчас. Ты же знаешь, что я всегда создавал себе идиллический образ, какой-то любви... хотя сам в этом практически... Но я вспоминаю, как ты препятствовала нашим встречам с Мариной. *(С сарказмом)* Редчайшее зрелище! Тебе все не нравилось, все абсолютно! Ты все эмоции во мне давила. Все давила. Все!

Терапевт. Еще раз, глядя на маму, мог бы повторить, что ты хочешь?

Сережа. Я хочу, чтобы мы понимали друг друга и с уважением относились друг к другу.

Терапевт. А по поводу дальнейшей жизни, по поводу женитьбы? Повтори то, что ты уже сказал.

Сережа. Я хочу, чтобы мы понимали друг друга и уважали друг друга. Я хочу, чтобы ты не мешала мне в выборе женщины. Чтобы ты не мешала мне в выборе моего пути. Хочу, чтобы ты мне не навязывала...

Терапевт. *(Прерывая)* Сережа, я хочу, чтобы ты повторил только то, что ты уже ответил на вопросы, хочешь ли ты жениться и чего ты хочешь.

Сережа. Я хочу, чтобы ты... *(Пауза)* не давила мои эмоции, я хочу, чтобы ты не высказывала в таких формах своего отношения.

Терапевт. *(Настойчиво)* Сережа, скажи еще раз то, что ты уже сказал здесь на вопросы мамы о том, хочешь ли ты жениться.

Сережа. *(Небрежно)* Да нет, наверное, не хочу.

Терапевт. Так скажи это маме еще раз. Чего ты хочешь, еще раз скажи.

Сережа. *(Упавшим голосом, тихо)* Я хочу... чтобы мы были вместе... Я хочу, чтобы ты решала все за меня. Все делала, а я жил бы вот так... В принципе, меня все устраивает, я на все готов. *(С детской обидой в голосе и с протестом)* Мне ничего не надо! Ничего! Работа есть — все! Этого вполне достаточно. Хочу, чтобы все оставалось на своих местах. Я только одного хочу, чтобы ты не сильно на меня кричала, — и все. Чтобы наша семья была вместе. Все. Больше я ничего не хочу.

Терапевт. Теперь попытайся ответственно сказать маме, что из твоих признаний тебя больше всего напрягает в отношениях с ней.

Сережа. Больше всего меня напрягает, наибольший дискомфорт я испытываю тогда, когда говорю тебе, что сегодня я не приду ночевать домой. И вот этот момент, когда я ухожу, доставляет мне массу неприятностей. Слышать твои внутренние упреки — я их ощущаю. Я это чувствую всеми фибрами. *(Тяжело вздыхает)* Находясь в постели с женщиной, я могу встать чуть свет и уехать, формально объяснив это какими-то причинами. Я возвращаюсь

к тебе, чтобы ты чувствовала себя спокойно... *(Пауза)* И еще. Когда ты меня слишком опекаешь, это мне мешает. Все.

Терапевт. Ты сказал самое главное что тебя напрягает?

Сережа. Да, это главное. Другие моменты, другие картины, которые возникают сейчас в моем сознании, успешно решаются. Два самых главных момента... *(Убежденно)* ...и, возможно, первый — самый главный, потому что с другими я нахожу силы бороться. Первый момент самый важный. Она ведь понимает все! И еще... *(Обращаясь к матери с горечью и ожесточением)* я не хочу, чтобы ты меня оскорбляла. Называла меня дрянью и мразью. И это с детства — как будто тебя хлещут по лицу. Потом у меня возникают проблемы, почему у меня с женщиной какая-то неуверенность. Сперва вгоняют в детстве вот так вот, как молоток вгоняет гвоздь.

Терапевт. Ты закончил работу?

Сережа. Да, все.

Терапевт. Мама услышала сегодня от тебя что-нибудь нового?

Сережа. Да, в общем, мама услышала много нового. Обычно наши разговоры, если они носили серьезный характер, принимали форму слез или хлопанья дверью.

Терапевт. А ты услышал что-нибудь нового для себя?

Сережа. Нет, ничего. Все это уже проигрывалось.

Терапевт. Ну хорошо, а когда ты сказал маме, что ты хотел бы остаться с ней и больше тебе ничего не надо, — ты так всегда думал или это сейчас пришло?

Сережа. *(Тихо)* Нет, это сейчас.

Терапевт. Какое чувство у тебя возникло в тот момент?

Сережа. Ощущение сброса, сброса... с языка. В затылке появилась боль какая-то, я сразу попытался посмотреть внутрь себя. Это было чувство, похожее на вчерашнее, но с легким туманом каким-то.

Третий сеанс

Сережа. После первого сеанса, на котором я разговаривал с Оксаной, я понял, что темой следующих сеансов будет взаимоотношение с мамой. Несмотря на то что я действительно чувствовал значительное облегчение после первого сеанса, все-таки какая-то неудовлетворенность еще была. После второго, вчерашнего, сеанса — разговора с мамой — я действительно... ну, я просто ни о чем не думал, я великолепно спал, я встал отдохнувшим, я чувствовал просто какое-то удовлетворение, даже если я и вспоминал занятие, то это все же был какой-то индифферентный поток мыслей.

Терапевт. *(Обращаясь к группе)* До сих пор мы работали больше «здесь и сейчас». А вот нет ли такой потребности перебросить мостик от того, что мы наблюдаем «здесь и сейчас», к тому, что было «тогда», в прошлом, с тем чтобы попытаться выяснить происхождение вот этих взаимоотношений с матерью, отчего они так

сложились, кто в этом повинен? Какова предыстория, что вызвало такую прочную связь с матерью? Что так привязало?

Сережа. Я субъективно не чувствую такой потребности.

Терапевт. А тебе эта связь понятна?

Сережа. Да!

Терапевт. С чем ты это связываешь?

Сережа. Я связываю наличие своих проблем... Это прежде всего любовь и привязанность к матери. С моей стороны — нежелание уходить от нее под любым предлогом... Я, скорее всего, мог себе объяснить, словами какими-то, выводами, рассуждениями, но не признать это нежелание уходить от нее. В дальнейшем это привело к комплексу...

Терапевт. Мне кажется, ты сейчас пытаешься анализировать не причины, а следствие. А нас причина интересует. Вот я хочу спросить тебя, Сережа. Взять других мальчиков — у них тоже мама есть, и они тоже любят свою маму и привязаны к ней, но вот такой привязанности, которая лишает возможности человека эмансипироваться, создать свою семью, нет. Вот эти причины — ты пытался их анализировать, есть у тебя какая-то версия?

Сережа. Да. Мои какие-нибудь, может быть, сексуальные привязанности к матери, причем возникшие очень рано. Я вспоминаю о том, как часто говорил бабушке о том, что я люблю свою маму, это я точно помню, о том, что я хотел бы... нет, я сожалел... что я не смогу жениться на моей маме. Вот это было.

Терапевт. Это в каком возрасте было?

Сережа. Ну лет пять.

Терапевт. По-моему, все мальчики в этом возрасте мечтают жениться на своих мамах, по крайней мере говорят об этом. Но потом они вырастают и женятся на других женщинах, а вот с тобой этого не происходит. Значит, у тебя такая версия, что ты был маленьким Эдипом и таким остался, влюбленным в свою маму.

Сережа. *(С раздумьем)* Это понятно, что у всех есть эдипов комплекс, но почему именно я на этом застрял? Хотите, я скажу, что мне представилось, когда вчера я усиливал то движение руками, на которое вы обратили внимание, когда я разговаривал с мамой? Я не сказал тогда... Мне представилось, что я глажу то самое место у мамы. Когда я был маленький, я однажды подсмотрел, и это воспоминание явилось...

Терапевт. Хотел бы ты теперь поговорить с отцом о своих переживаниях, чувствах, о том, что волновало тебя в детстве и о чем ты с болью вспоминаешь и теперь?

Молчание, долгая пауза...

Терапевт. А что сдерживает?

Сережа. *(Тихим голосом)* Ничего... я не хочу просто... Я представил нашу беседу на эту тему... в общем, я не испытываю какой-то по-

требности... Конечно, мне его не хватало... но настоящей потребности говорить с ним я не ощущаю... я чувствую просто какую-то пустоту. Вот когда я говорил о своих версиях, то, в общем, и эта возникала... версия человека, который являлся для меня примером мужчины... эпизодические мужчины, которые появлялись в жизни моей мамы... в общем-то, некоторые давали мне некий образ, но, что касается отца... именно он давал очень мало... все эти его пьянки... они меня очень раздражали. Я четко ощущаю, даже сейчас, когда я представляю отца пьяным, раздражение... он напивался очень сильно.

Терапевт. Теперь ты мог бы поговорить с отцом об этих проблемах.

Сережа. *(Тихо, с сомнением)* Не знаю... Я боюсь ему сказать какую-то правду, какую — не знаю...

Терапевт. Так, может быть, ты начнешь этот разговор, и ты подойдешь к этому, поймешь, что ты боишься сказать отцу. Начни: «Отец...»

Сережа. Отец, я чувствую жалость к тебе. Я думаю, что мать права. С одной стороны, ты довольно многого достиг, тебя ценили как специалиста, к тебе многие обращались, но не более того... Посмотри на себя, как ты растолстел, выпиваешь и все ищешь причины вне себя... *(Долгая пауза... К терапевту)* Я ничего не хочу сказать.

Терапевт. Но ты уже говоришь. Говори дальше! Скажи отцу, как ты его воспринимаешь: как специалиста, как мужчину, как отца, как человека, — вот это все скажи!

Сережа. Мне не нравится, что ты в общем ничего не можешь сделать по дому, что ты пьешь, что ты редко навещаешь свою мать, хотя живешь с ней совсем рядом. Мне не нравится, что ты мне редко пишешь, хотя требуешь от меня писать чаще... Мне не нравится, что ты не следишь за собой, хотя в молодости занимался спортом. Мне не нравится, что ты живешь как отшельник. Мне не нравится то, что ты... *(Более тихим голосом)* не предпринимал никаких попыток... вернуться в семью... Это самое страшное, чего я не могу простить тебе... Ты не виделся со мной пять лет... ты мог долго меня не видеть... и ничего о себе не писать. А во время моего приезда ты устаивал сцены, изображая человека, который так долго ждал меня. *(Долгая пауза)* Все! *(Пауза. Затем с новым приливом сил)* Ты учил меня больше плохому, чем хорошему. Ты мог дать мне рюмку выпить, но не способствовал моему образованию. Ты был от меня вдалеке, а без твоих алиментов я мог обойтись. Ты не занимался моим воспитанием! Поэтому я часто не знал, как вести себя, у меня не было отцовской поддержки, совета. Я видел только материнские слезы, истерики, запреты... Советы матери не давали желанного для меня результата, носили какой-то оборонительный характер... Я в детстве, да и позднее стал приобретать... *(С усилием и повышением голоса)* женские реакции. Я плакать мог, я мог обижаться. *(Долгая пауза, глубокий вздох)* Наверное, все... *(Долгая пауза. С новым порывом.)* Вообще-то я хочу тебе сказать, что я ненавижу тебя за то, что ты плюнул в мою мать. Ненавижу.

Терапевт. Скажи отцу: «Ты виноват передо мной в том…»

Сережа. Отец, ты виноват передо мной в том, что ты даже не пытался… вернуть меня к себе… *(Вздох)* Ты виноват передо мной в том, что забыл меня на целых пять лет. Виноват.

Терапевт. Мог бы ты сказать теперь самое важное отцу?

Сережа. *(Решительно)* Самое важное заключается в том, что… *(Проговаривает медленно, с нотками трагизма, но уверенно и твердо)* тебя не было тогда, когда ты мне был нужен. *(Выпрямляется на стуле с глубоким вздохом)*

Терапевт. Сейчас ты все сказал?

Сережа. *(С облегчением и чувством радости)*: Да! Некоторые вещи явились для меня более осознанными. То, что мне не хватало отца, я мог подозревать это и раньше, — «было бы неплохо, если бы ты был здесь», но я всегда давал себе такую установку: «отец есть отец, мать есть мать. И с этим ничего нельзя сделать». А в сегодняшнем эксперименте эта мысль… отца не было тогда, когда он был нужен… казалось бы, такая простая… вся суть именно в этом… стала мне очень понятной и значительной, я только теперь по-настоящему это осознал.

Групповая дискуссия

Терапевт. Теперь мы можем обсудить проблему Сережи, позволить себе выражение и чувств и мыслей.

Нина. Сережа, отец не приезжал к тебе. Ты как-то это объяснял? Что это значило для тебя?

Сережа. *(Со вздохом)* Я не нужен… Я ему не нужен! Он меня бросил! Он меня не любит…

Надя. У тебя к отцу, как и к матери, двойственное отношение: люблю и ненавижу. Ненавижу за то, что бросил, не любит…

Зиновий. Ты ведь и сказал, что ненавидишь его. Кстати, я этого ждал. Когда ты это сказал, признаться, мне хотелось пнуть ногой тот стул, на котором он сидел!

Валя. *(Запальчиво)* А у меня такое желание… Я вся издергалась. Я не могу. Вчерашний разговор… как ты говорил, с какой интонацией обвинял маму в том-то и том-то. Ты обращаешься к отцу, к человеку, который, по сути, виноват во всем, в твоих несчастьях, в том, что мама осталась одна, в том, что по сути дела… прожита жизнь, и ты так к нему относишься, это ужасно!

Нина. Валя, такое впечатление, что ты себя чувствуешь Сережиной мамой.

Валя. *(Нервно смеется)* Ладно, пусть будет так…

Терапевт. *(К Вале)*: Ты полностью на стороне мамы. Вчера ты защищала маму, а сегодня ругаешь отца. Это значит, что ты отождествляешься с матерью. И защищаешь, по сути, себя.

Валя. Ну, может быть… *(Смеется)* Да, конечно. Да нет! Ну, это же… Да, ладно! Вы хотите сказать, что это мои проблемы…

Нина. Именно. Нас здесь несколько человек примерно одного возраста, и у нас взрослые дети, но у нас нет таких чувств, значит, они твои. *(К Сереже)* Сережа, когда ты нападаешь в этом разговоре на отца, обвиняешь его, как ты думаешь, на кого ты похож?

Сережа. Наверное, на маму...

Терапевт. Хватит уже задавать вопросы Сереже. Пора Сереже услышать, как мы воспринимаем его, что чувствуем и что думаем о нем и его проблеме.

Сережа. Нина, скажи ты мне.

Нина. У меня к тебе большое сочувствие. Вчера, когда ты закончил работу, ты сидел в такой свободной позе, так красиво развалившись на стуле, и выражение лица у тебя было заинтересованным, ты просто слушал нас, и я любовалась тобой. А что касается моих чувств на протяжении всей твоей работы, то я прямо кипела и клокотала. Гм, я бы выпорола твою мать, вот какие у меня были чувства! Я сейчас, конечно, поостыла, я понимаю, что она по-своему, конечно, несчастная женщина. Я негодовала. Мне так показалось, что к тому времени, когда вы расстались с отцом, она уже тогда сфокусировалась на тебе, она уже тогда хотела остаться с тобой вдвоем, она уже тогда неосознанно стремилась к тому, чтобы ты теперь сказал: «Я хочу быть с тобой». Вот тогда. А дальше, что бы она ни делала, она бессознательно делала так, чтобы удержать тебя рядом с собой.

Надя. Причем, она играла на твоих лучших чувствах. Она вызывала жалость, сочувствие, сострадание. У тебя это хорошо прозвучало в диалогах. «Я всю жизнь отдала тебе, все ради тебя, не вышла замуж, а ты — неблагодарный человек!»

Нина. Собственно говоря, она культивировала в тебе чувство вины. Этим удерживала. А если принять, что ты почувствовал себя брошенным отцом, — это ужасно! У ребенка невольно возникает вопрос: в чем я провинился? Может быть, я плохой, если отец ушел от меня? Я не знаю, задавал ли ты себе такой вопрос, но ты это как бы подспудно чувствовал. Это еще добавка к твоему чувству вины. А что делает человек, который чувствует себя виноватым? Он, с одной стороны, и ведет себя так, чтобы как бы искупить свою вину, с другой стороны — от этого тяжелого чувства хочется как-то избавиться. А как избавиться от чувства вины? Надо сделать виноватым другого, который пытается возложить на тебя это чувство. И ты защищаешься тем, что нападаешь. Вот та сцена, что ты описывал, когда уходил к женщине на ночь. Ты, как положено сыну, который не хочет волновать свою мать, говоришь ей: вот я не буду дома ночевать. Интересно то, что ты дальше сказал: даже если она молчит, я чувствую себя виноватым. И что же ты делаешь после этого? Ты срываешься ни свет ни заря с теплой постели с женщиной и бежишь к матери, да? Вот интересно, когда ты прибежишь к матери, что ты скажешь: «Как я счастлив тебя видеть?» — ты такое выдашь! Потому

что это ведь она виновата, что пришлось к ней бежать. И что ты делаешь? Ты выливаешь свою агрессию на мать. Таким образом освобождаешься от чувства вины. Вы терзаете друг друга. Ты от Оксаны ушел? Ушел. Ты от дедушки, от бабушки... так и будешь от всех уходить, как колобок... Что ты после этого сделал? Ты стал еще больше долбить свою мать. Ты виноват! Ты виноват в этом! Вы в этой связи, любя и обвиняя и ненавидя друг друга, — это же так тяжело! Вот так всю жизнь! В конце концов, когда она тебе говорит: «Мать есть мать, а сын есть сын», — она же в тебе не сына культивирует. Сын — это то, что неизбежно вырастает и улетает из гнезда. Она не сына в тебе культивировала, а человека, который всю жизнь будет рядом с ней, фактически она воспитала мужа. А ты, конечно, ты подыгрываешь этому. Потому, что и ты относишься к ней, как к человеку, с которым ты должен прожить всю жизнь.

Терапевт. Хорошо, это мать! Но еще отец есть... *(К Сереже)* Кстати, а как ты относишься к алкоголю?

Сережа. Я практически не пью.

Терапевт. Вот это тоже интересная вещь!

Сережа. Иногда, когда приходится выпить с друзьями шампанского, я потом даю себе зарок: «Я не буду пить!» Вот весь прошлый год с 1 января до 1 января я вообще не употреблял.

Зиновий. Ничего, как отец, делать не буду!

Сережа. Да!

Терапевт. Это называется отрицательной идентификацией, когда мальчик свое негативное отношение к отцу переносит на все, что с ним связано, например на алкоголь. Отец Сережи давал мало поводов для сильной идентификации с ним по сравнению с матерью. Мать сильная, директивная, волевая, лидер. Отец слабый, безвольный, пьющий, уклоняющийся. То есть отец играет как бы женскую роль. Вот отсюда и идет эта слабая идентификация с отцом, с мужчиной. Нина с таким накалом говорила о матери, что может создаться впечатление, что действительно здесь виновата только мать. Не нужно забывать роль отца. Это две равноценные роли. Почему у матери такой мощный перенос на сына? Наверное, из-за каких-то проблем с мужем? Что здесь было первотолчком — мы же не знаем.

Нина. С моей точки зрения, отец здесь такая же жертва, как и сын.

Терапевт. С твоей точки зрения.

Нина. Доказательство тому — он попал в другую семью, и он все-таки там другой.

Терапевт. Мы не знаем, какие там проблемы. По-твоему, Нина, муж — жертва, потому что жена нашла его такого.

Нина. Да!

Терапевт. А я с таким же успехом могу сказать, что он нашел себе такую жену. Они шли навстречу друг другу, а жертвой оказался сын!

Нина. Вообще, конечно, они вдвоем нашли друг друга.

Ренат. Отец ушел, и остался вакуум, который...

Нина. *(Перебивает)* Не ушел он! Не надо говорить, что он ушел. Активная роль принадлежит как бы отцу, на самом деле она всегда принадлежала матери.

Терапевт. Он ушел вначале в алкоголизм, а потом ушел вообще.

Нина. Его с самого начала не было.

Ренат. Этот вакуум мать могла заполнить чем угодно, она его заполнила сыном.

Валя. Если по-вашему, то мать могла уйти в первый год, а она девять лет с ним прожила и, значит, хотела как-то что-то изменить, но не получилось, он начал пить.

Наташа. Он был слабый мужчина, но он не обязательно должен быть алкоголиком.

Нина. Этого Сережа не знает. Он судит об отце по тому, как его представила ему мать. А мать говорила об отце плохо. Каким он был, мы не знаем.

Сережа. Для отца, в общем, бросить пить было легким делом.

Терапевт. Это абсолютно не принципиально — пил он литр или поллитра в день. Проблема не в том, что он пьет. Это не причина, а следствие проблемы.

Нина. Да! Между прочим, то, что мы говорим о взаимоотношении матери и отца, что они нашли друг друга, что они как бы делят ответственность пополам, мы, в конце концов, то же самое можем перенести на взаимоотношения матери и сына. Может быть, и сын мог оказаться не столь податливым.

Терапевт. По поводу ответственности. У Перлза есть такая фраза, что до тех пор, пока мы, взрослые, будем обвинять в своих неудачах родителей, до тех пор мы будем оставаться детьми… Надо прекратить эти обвинительные игры. Человек должен принять ответственность.

Нина. *(Сереже):* Большой ты уже!

Валя. Как здорово сказано!

Терапевт. Эту фразу я берег для кульминации этого сеанса. Что теперь делать Сереже? Стать взрослым, ответственным человеком. Маме — мамино, а Сереже — Сережино. Каждому свое!

Обратная связь при завершении группы

Нина. Ты изменился за эти дни. Когда я увидела тебя впервые, ты производил на меня такое впечатление: такой большой и красивый парень и вместе с тем ребенок. Ты как будто бы повзрослел, стал увереннее, в тебе появилось что-то мужское, как будто те же манеры, и вместе с тем что-то новое, более уверенное появилось в тебе.

Володя. Ты знаешь, Сережа, я должен благодарить тебя. Я не говорил об этом прежде… Я тебе все это время очень сильно сопереживал. Дело в том… что я тоже решал вместе с тобою мои проблемы. Я нашел много общего между нами. Не все одинаково, но я много пережил, многое решил для себя именно благодаря тебе. И поэтому ты стал мне близок и особенно симпатичен теперь.

Глава 7

Интеграция поведенческой терапии

Интеграция поведенческого и психодинамического подходов

Дискуссия о возможности интеграции психодинамической и поведенческой психотерапии ведется уже не один десяток лет. Сторонники и критики движения к интеграции обсуждают в первую очередь такие пункты разногласий, как противоречивые взгляды разных школ на действительность, роль бессознательного, явление переноса и цели психотерапии.

С. Мессер (S. Messer) и М. Винокур (M. Winokur) утверждают, что в свете различных мировоззрений, которых придерживаются сторонники психодинамики и бихевиористы, существует мало надежды на сближение между этими ориентациями. Авторы описывают бихевиоральный подход как согласующийся с «юмористическим» взглядом на функционирование человека, отраженном в убеждении, что счастья в жизни можно достичь путем выявления и устранения препятствий в окружающей среде. В противоположность этому психоаналитики принимают «трагическую» точку зрения, согласно которой признаются и допускаются некоторые из ограничений, присущих условиям человеческого существования. Подобным же образом характеризуется бихевиоральный подход как подчеркивающий реализм, объективность и «экстраспекцию» в явной противоположности с психоаналитической перспективой идеализма, субъективности и интроспекции. Однако признавая, что такие различные мировоззрения действительно существуют, некоторые теоретики высказали предположение, что

именно эти различия в философии делают интеграцию психотерапии интересной, поскольку это соединяет вместе сильные стороны различных ориентаций.

Одним из основных существующих различий между психодинамическим и бихевиоральным подходами к терапии является различие бессознательного. Действительно, с психодинамической точки зрения сущность терапевтического изменения традиционно фокусируется на глубинных конфликтах и потребностях, которые больной недостаточно осознает или вообще не осознает, тогда как бихевиоральный подход делает упор на развитии альтернативных стереотипов поведения и изменении мешающих факторов окружающей среды.

Хотя кажется, что понятие бессознательного представляет непримиримый пункт несовместимости между психодинамической и поведенческой терапией, но на самом деле это справедливо лишь при сравнении классического психоанализа с радикальной поведенческой терапией. Как подчеркивают многие авторы, сегодняшние терапевты-психодинамики начали признавать важность сознательных мыслей, деятельности и факторов окружающей среды, а признание поведенческими терапевтами когнитивных факторов привело их к признанию важности «имплицитных» (не выраженных явно) мыслей.

Д. Майхенбаум (D. Meichenbaum) и Дж. Гилмор (J. Gilmore) предположили, что все формы терапии прямо или косвенно нацелены на гипотетические когнитивные структуры больного. Эти авторы утверждают, что психодинамическая цель превращения бессознательного в сознательное соответствует попытке терапевта когнитивно-бихевиоральной ориентации заставить пациентов идентифицировать автоматические мысли о самих себе и о других. Конечно, между этими взглядами на бессознательные процессы имеются теоретические различия. Например, согласно психодинамическому взгляду, бессознательное отражает основную мотивационную систему (внутри) индивида, тогда как сторонники когнитивно-бихевиоральный взгляда принимают более немотивационную концептуализацию на основе обработки информации. Таким образом, мы являемся свидетелями сближения традиционно противоположных взглядов на этот клинический феномен.

Еще одна важная концепция, которая служит препятствием для интеграции психодинамической и бихевиоральной терапией, — существование и функция переноса. Обращаясь к этому вопросу, М. Гилл (M. Gill) высказывал сомнение, что классический психоанализ, который требует чрезвычайно сдержанной аналитической позиции, сможет когда-нибудь ин-

тегрироваться с каким-либо способом вмешательства, при котором терапевт более директивен. Однако он признавал, что эта основная несовместимость не обязательно существует между психоаналитически ориентированной терапией и другими подходами.

При концептуализации терапевтического вмешательства с неопсихоаналитической точки зрения П. Вахтель (P. Wachtel) утверждал, что терапевт никогда не может в действительности быть абсолютно «пустым экраном», требуемым для развития реакции переноса. Как участник и наблюдатель терапевт настолько же является частью контекста, если он молчит и находится вне поля видения пациента, как и тогда, когда он находится лицом к лицу с пациентом и открыто реагирует на него. Такая широкая концептуализация терапевтического контекста дает терапевту большую свободу вмешательства с процедурами, более директивными по своей природе.

Рассматривая перенос с когнитивно-бихевиоральной точки зрения, Д. Арнкофф (D. Arnkoff) указала, что существуют некоторые сходства между психодинамическим и когнитивно-бихевиоральным подходами в использовании терапевтической связи. По ее мнению, в когнитивно-бихевиоральной терапии могут возникать ситуации, когда уместнее фокусироваться на отношении, возникающем во время сеанса. Описания когнитивно-бихевиоральной терапии М. Голдфрид (M. Goldfried) и Дж. Девисон (G. Davison) также учитывают возможность того, что терапевтическая связь предлагает выборку релевантных мыслей, эмоций и способов поведения пациента, предоставляя, таким образом, возможность для вмешательства in vivo (вживую). Похоже, что основное различие между использованием терапевтической связи в этих двух терапевтических подходах состоит больше в относительном акцентировании процедуры данного феномена, а не его существования.

При доказывании несовместимости различных терапевтических подходов указывается на то, что различия в целях психотерапии зависят от фундаментальных философских различий между терапевтическими точками зрения. Так, поведенческий терапевт, подчеркивая необходимость изменения специфических форм поведения, будет воспринимать депрессию больного как негативную эмоцию, подлежащую устранению. Психоаналитически же ориентированный терапевт предпочтет фокусироваться прямо на депрессии и, истолковывая ее как естественную реакцию на неблагоприятные жизненные обстоятельства, будет стремиться помочь больному в том, чтобы тот пережил, проработал и, наконец, принял определенные утраты.

Вахтель соотносил потенциальные различия в терапевтических целях, определяемых бихевиоральными и психодинамическими формами терапии, как результат концептуализации проблемы пациента. С бихевиоральной точки зрения с большей вероятностью можно интерпретировать проблемы как отражающие трудности индивида в достижении определенных социально-приемлемых целей в жизни. Напротив, терапевты-психодинамики рассматривают проблему пациента как отражение противоречивых потребностей и стремлений, некоторые из которых могут быть социально неприемлемыми. Как следствие цель терапевта-бихевиориста может заключаться в помощи пациентам добиться изменения в себе самих или в своем окружении, что могло бы с большей легкостью позволить им достичь своих целей, тогда как терапевт-психодинамик в первую очередь стал бы работать, помогая пациентам развить понимание внутренних противоречивых факторов. По мнению Вахтеля, ничто не препятствует терапевтам — бихевиористам или психодинамикам — преследовать обе цели.

С. Мессер детально исследовал комплементарный характер терапевтических целей, обрисованных в рамках психодинамической и бихевиоральной точек зрения. Отметив, что ви́дение реальности среди практикующих терапевтов — психодинамиков и бихевиористов — начало изменяться, он обрисовал, как каждая терапевтическая ориентация могла бы плодотворно расширить свой диапазон терапевтических целей в актуальной клинической практике. Мессер признал, что не все терапевты были бы готовы включиться в работу по интеграции, но что имеется много терапевтов обеих ориентаций, которые несомненно будут приветствовать наступление подобных изменений в каждом виде терапии. Взаимное влияние одной формы терапии на другую, сближение определенных перспектив представляют креативный вызов как для теории каждой формы терапии, так и для их практики.

Что касается интеграции личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией принципов и методов поведенческой психотерапии, то здесь, по мнению Г. Л. Исуриной, существует много вопросов. Будучи скорее психодинамической по своей сути, рассматривая осознание как ключевой этап психотерапии, она активно ассимилирует идеи экзистенциально-гуманистической психологии, фиксирующей внимание на интегрирующем эмоциональном переживании в ситуации психотерапевтического взаимодействия. Изменения в поведенческой сфере также являются одной из задач личностно-ориентированной психотерапии. Однако в рамках данного подхода эти изменения рассматриваются

скорее как результирующая когнитивных и эмоциональных изменений. Ряд исходных положений поведенческой психотерапии (представления о природе невротических расстройств, основная направленность психотерапевтических воздействий, роль и позиция психотерапевта и пр.) вступает в явное противоречие с принципами личностно-ориентированной психотерапии. Поэтому, заключает автор, необходима дальнейшая разработка теоретических и практических аспектов, связанных с корректным использованием принципов и методов поведенческой психотерапии в рамках личностно-ориентированного направления.

Клинический опыт и данные исследований одинаково ведут нас к заключению, что каждая терапевтическая ориентация имеет свою долю клинических неуспехов и что ни одна из них не имеет последовательного превосходства над любой другой. В сущности, слабость любой одной ориентации может быть восполнена за счет силы другой. Это соображение высказал У. Пинсоф (W. Pinsof), который описывал нтегративную проблемно-центрированную терапию как такую, которая «основывается на двойственных положениях, что каждая модальность и ориентация имеют свою определенную “область компетентности” и что между этими областями может быть установлена взаимосвязь, чтобы максимизировать их достоинства и минимизировать недостатки».

Рассматривая потенциальные выгоды и трудности интегративного подхода, Мессер и Винокур указали, что переменные пациента могут играть особенно важную роль в определении наиболее подходящего терапевтического вмешательства. Так, вербально ограниченный больной с недостаточными навыками в интроспекции с меньшей вероятностью получит пользу от психодинамического лечения, но зато может обнаружить больший прогресс при ориентированном на действие поведенческом вмешательстве. Авторы, кроме того, утверждали, что как действие, так и инсайт могут быть эффективно использованы в любом конкретном случае, особенно когда инсайты преобразуются в действие, что, в свою очередь, может способствовать повышению осознания.

В соответствии с этим тезисом Г. Фенстерхайм (H. Fensterheim) предположил, что психоаналитический стиль может быть использован для развития гипотез о том, каким способом больные организуют свое восприятие мира, и для выбора наиболее релевантных поведенческих паттернов, которые требуют изменения. Однако, когда это сделано, бихевиоральный подход может далее быть более подходящим, помогая фактически облегчить изменение поведения.

Комплементарность между психодинамической и бихевиоральной формами терапии достигается, когда прибегают к бихевиоральному методу, чтобы помочь больному преодолеть какой-либо симптом в начале терапии. Добившись доверия и сотрудничества пациента, врач сможет с большей легкостью применять психодинамический метод для исследования давнишних проблем, которые способствовали появлению первоначальной жалобы. Достигнув инсайта в ходе этой второй фазы лечения, терапевт может затем вернуться к бихевиоральной ориентации, чтобы помочь пациентам развить более адаптивные способы поведения.

Теоретические основы поведенческой терапии

Современная поведенческая психотерапия не ограничивается приложением принципов и процедур классического и оперантного обусловливания к лечению клинических проблем. Различные подходы в поведенческой терапии отличаются степенью использования когнитивных концепций и процедур. На одном конце континуума процедур поведенческой терапии находится функциональный анализ поведения, который сосредоточивается исключительно на наблюдаемом поведении и отвергает все промежуточные когнитивные процессы; на другом конце — теория социального научения и когнитивная модификация поведения, которые опираются на когнитивные теории.

Поведенческая терапия (называемая также «модификация поведения») — это лечение, которое использует принципы научения для изменения поведения и мышления.

Рассмотрим различные виды научения в их значении для терапии.

Виды научения

Классическое обусловливание

Основы классического обусловливания были созданы в начале XX века И. П. Павловым. В опытах Павлова условный стимул (звонок) сочетается с безусловным стимулом (кормление собаки), между ними устанавливается связь таким образом, что прежде нейтральный условный стимул (звонок) теперь вызывает условную реакцию (выделение слюны).

Прекрасным примером классического обусловливания является эксперимент Джона Б. Уотсона (J. B. Watson). В 1918 г. Уотсон начал лабораторные эксперименты с детьми, показывая, что опыт научения в детстве имеет длительный эффект. В одном опыте он сначала показал, что девятимесячный мальчик Альберт не боялся белой крысы, кролика и других белых объектов. Затем Уотсон ударял по стальному бруску рядом с головой Альберта каждый раз, когда появлялась белая крыса. После нескольких ударов Альберт при виде крысы начал вздрагивать, плакать и пытаться отползти. Подобным же образом он реагировал, когда Уотсон показывал ему другие белые объекты. В этом опыте он использовал классическое обусловливание: сочетая громкий звук (безусловный стимул) с предъявлением крысы (условный стимул), он вызывал новую реакцию — условную реакцию страха — на прежде нейтральное животное.

Этот опыт также демонстрирует феномен, открытый Павловым и называемый «генерализацией стимулов». Суть его состоит в том, что если развилась условная реакция, то ее будут вызывать также стимулы, похожие на условный. Уотсон продемонстрировал: ребенка можно приучить бояться того, что прежде представлялось безобидным, и этот страх будет распространяться на похожие объекты. Маленький Альберт стал испытывать страх ко всем меховым игрушкам. Из своих опытов Уотсон сделал вывод, что дети научаются всему, в том числе фобиям.

Другое понятие, пришедшее из лаборатории Павлова и имеющее отношение к поведенческой терапии, — это различение стимулов (или стимульная дискриминация). Благодаря этому процессу люди научаются различать похожие стимулы. Плач ребенка становится условным стимулом для матери: ее условная реакция может выражаться в том, что она просыпается от глубокого сна при малейшем волнении ребенка, но та же мать может глубоко спать, когда плачет чужой ребенок.

И еще один феномен, открытый Павловым и используемый в поведенческих процедурах. Условный стимул продолжает вызывать условную реакцию только в том случае, если хотя бы периодически появляется безусловный стимул. Если же условный стимул не подкрепляется безусловным, то сила условной реакции начинает уменьшаться. Постепенное исчезновение условной реакции в результате устранения связи между условным и безусловным стимулами называется «угасание».

Инструментальное, или оперантное, обусловливание

Не все виды научения можно объяснить классическим обусловливанием. При классическом обусловливании условный и безусловный стимулы предшествуют условной реакции. Но условные связи могут также возникать между реакциями и стимулами, которые следуют за ними, другими словами, между поведением и его последствиями. Например, собака научается «служить», чтобы получить угощение; ребенок научается говорить «пожалуйста», чтобы получить конфетку. Эти реакции являются *инструментами* для получения какой-то награды. Инструментальное обусловливание — это процедура научения, при которой реакции приводят к награждению или желаемому эффекту.

Принципы инструментального научения открыл американский психолог Эдвард Торндайк (Edward Thorndike) примерно в то время, когда Павлов проводил эксперименты в России. Животное — обычно голодная кошка, помещалась в специальную клетку, названную «загадкой», и должна была научиться какой-то реакции; например, наступить на маленький рычаг для того, чтобы открыть дверь и выйти наружу. Когда кошке это удавалось, она награждалась пищей и вновь возвращалась в ящик. После нескольких проб кошка спокойно подходила к рычагу, нажимала на него лапой, выходила через открытую дверь и ела.

Формирование реакции происходило путем проб и ошибок, как результат выбора нужного эталона поведения и последующего его закрепления. Научение, согласно Торндайку, управляется *законом эффекта*: поведение контролируется его результатами и последствиями; поведение, которое приводит к достижению положительного результата, удовлетворению, закрепляется, и наоборот — не приводящее к положительному результату стирается или ослабляется.

Спустя несколько десятилетий после опубликования работ Торндайка другой американский психолог, Б. Скиннер (B. Skinner), развил идеи своего предшественника. Скиннер подчеркивал, что при инструментальном обусловливании животное оперирует со средой, производит какое-нибудь движение, воздействует на среду. Поэтому процесс научения этим реакциям он назвал *оперантным обусловливанием*.

Для изучения оперантного обусловливания Б. Скиннер изобрел экспериментальную камеру, получившую название скиннеровского ящика. Камера звуко- и светонепроницаема, в ней поддерживается постоянная температура, и она полностью контролируется. Камера снабжена приспособлением, которым животное может оперировать для получе-

ния вознаграждения. Например, крыса, нажимая на рычаг, получает пищу из тонкой трубочки. Скиннеровский ящик позволил изучать отношения между реакцией и ее последствиями и анализировать, как эти последствия влияют на поведение.

Оперантное обусловливание подчеркивает, что поведение есть функция его последствий. Поведение усиливается позитивным или негативным подкреплением; оно ослабляется наказанием.

Позитивное подкрепление — это предъявление стимулов, которые усиливают реакцию. Иными словами, это награждение. Примером может служить учитель, который хвалит ребенка за прилежную учебу.

Негативное подкрепление — процесс усиления поведения путем изъятия, удаления негативных стимулов, таких как боль, скука, избыток тепла или холода и т. п. Примером может служить прием таблетки анальгина при головной боли. Другой пример: пациент, испытывающий страх в метро, может избежать этого переживания, оставшись дома.

Наказание. И позитивное и негативное подкрепления усиливают частоту реакции. Наказание уменьшает частоту реакции. Часто путают наказание и негативное подкрепление, но они совершенно различны. Подкрепление усиливает поведение, а наказание ослабляет его. Если ток выключается, когда крыса нажимает на рычаг, — это негативное подкрепление; оно увеличивает вероятность того, что крыса нажмет на педаль, когда ток снова включат. Но если ток включается, когда крыса нажимает на рычаг, то это наказание; менее вероятно, что крыса снова нажмет на рычаг.

Дискриминационное научение имеет место тогда, когда реакция награждается (или наказывается) в одной ситуации, но не награждается (не наказывается) — в другой. В таком случае говорят, что реакция (поведение) находится под *контролем стимула*. Этот процесс особенно важен в объяснении гибкости поведения в различных социальных ситуациях. Дискриминация (различение) стимулов позволяет научиться тому, что является подходящим (подкрепляемым) и неподходящим (неподкрепляемым) в данной ситуации. Например, ворчливая жена вряд ли будет бранить мужа в присутствии гостей.

Генерализация состоит в том, что поведение обнаруживается в иных ситуациях, а не только тех, в которых оно было приобретено. Например, терапевт может помочь пациенту стать более уверенным и экспрессивным во время терапии. Но цель терапии в том, чтобы пациент стал более уверенным в реальных жизненных ситуациях, другими словами, очень важно, чтобы произошла генерализация.

При сравнении классических и оперантных условных рефлексов видно, что, во-первых, классическое обусловливание требует повторного парного предъявления нейтрального стимула (звонок) и стимула, вызывающего врожденную, безусловную реакцию (пища). Обеспечение такого предъявления достигается участием экспериментатора. В экспериментах же с оперантным обусловливанием животное само осуществляет перебор стереотипов поведения и выбор стереотипа, приводящего к достижению результата, протекает активнее. Во-вторых, оперантные рефлексы контролируются их результатом; в экспериментах же с классическим обусловливанием появление условной реакции контролируется предъявлением предшествующего стимула. В реальной жизни большая часть обучения осуществляется по законам формирования оперантных условных рефлексов.

Социальное научение

Как правило, научение у людей имеет место тогда, когда они находятся с другими людьми. И в большинстве случаев научение следует принципам инструментального и классического обусловливания. Согласно традиционным взглядам на обусловливание, для того чтобы произошло научение, организм должен иметь непосредственный, личный опыт с сочетаниями стимулов или с последствиями реакций (поведения). Теоретики же *социального научения* утверждают, что люди также учатся на опыте других, посредством процессов, известных как *викарное обусловливание* и *викарное научение (или моделирование)*.

Викарное обусловливание может быть классическим и инструментальным. Посредством викарного классического обусловливания, например, на основе поведения какого-либо человека у нас может возникнуть и закрепиться эмоциональная реакция на определенный стимул. Скажем, ваш друг восхищается каким-то писателем; его эмоция может действовать как безусловный стимул, который вызывает подобную же реакцию у вас (безусловную реакцию). Поскольку имя писателя сочетается с безусловным стимулом, то оно может стать для вас условным стимулом; и, хотя вы сами не читали книг этого писателя, его имя вызывает у вас положительную эмоциональную реакцию (условную реакцию).

Викарное инструментальное обусловливание демонстрируют опыты Альберта Бандура (Albert Bandura). Маленьким детям был показан короткий фильм с участием мужчины и большой надувной куклы. Мужчина бил куклу кулаком по лицу, молотком по голове, пинал ее,

бросал в нее различные предметы. Но финалы в этом фильме были различными. Одни дети смотрели фильм с окончанием, в котором агрессивного героя другой мужчина назвал «чемпионом» и угощал сладостями и напитками; другие дети смотрели, как героя фильма ругали и называли «плохим человеком», и, наконец, третьи дети смотрели фильм, в котором не было ни награждения, ни наказания героя. После фильма каждому ребенку было позволено одному поиграть с куклой. Было обнаружено, что имитация агрессивной модели поведения была наибольшей у детей, которые наблюдали награждение. Таким образом, подкрепление, которое дети видели в фильме, но непосредственно не переживали, влияло на их поведение.

Опыты с куклой показали, что научение может осуществляться не только посредством прямого обусловливания, но также и посредством викарного (замещающего) обусловливания. Викарное научение — это способность обучаться новому поведению, наблюдая поведение других.

Бандура также показал, что дети научаются и имитируют поведение взрослых, даже если оно не сопровождается награждением. В одном эксперименте детям показывали фильмы, в которых мужчина или сидел спокойно рядом с куклой, или с неистовством набрасывался на нее. Потом детей оставляли одних в комнате с куклой. Те дети, которые наблюдали агрессивное поведение, были более агрессивны. Мало того, они в точности повторяли те формы агрессивного поведения, которые видели, то есть научение возможно без подкрепления. (Следовательно, закон эффекта Торндайка не является универсальным.)

Общие характеристики поведенческой терапии и ее цели

Поведенческую терапию характеризуют два основных положения, которые отличают ее от других терапевтических подходов. Первое положение: в основе поведенческой терапии лежит модель научения человеческого поведения — психологическая, которая фундаментально отличается от психодинамической — квазинозологической — модели психического заболевания. Второе положение: приверженность научному методу.

Из этих двух основных положений вытекают следующие.

1. Многие случаи патологического поведения, которые прежде рассматривались как болезни или как симптомы болезни, с точки зрения поведенческой терапии представляют собой непатологические «проблемы жизни». К таким проблемам относятся прежде всего тревожные реакции, сексуальные отклонения, расстройства поведения.
2. Патологическое поведение является в основном приобретенным и поддерживается теми же способами, что и нормальное поведение. Его можно лечить, применяя поведенческие процедуры.
3. Поведенческая диагностика в большей степени сосредоточивается на детерминантах настоящего поведения, чем на анализе прошлой жизни. Отличительным признаком поведенческой диагностики является ее *специфичность*: человека можно лучше понять, описать и оценить по тому, что он делает в конкретной ситуации.
4. Лечение требует предварительного анализа проблемы, выделения в ней отдельных компонентов. Затем эти специфические компоненты подвергаются систематическому воздействию поведенческих процедур.
5. Стратегии лечения разрабатываются индивидуально к различным проблемам у различных индивидов.
6. Понимание происхождения психологической проблемы (психогенеза) необязательно для осуществления поведенческих изменений: успех в изменении проблемного поведения не подразумевает знания его этиологии.
7. Поведенческая терапия основана на научном подходе. Это значит, во-первых, что она отталкивается от ясной концептуальной основы, которая может быть проверена экспериментально; во-вторых, терапия согласуется с содержанием и методом экспериментально-клинической психологии; в-третьих, используемые техники можно описать с достаточной точностью для того, чтобы измерить их объективно или чтобы повторить их; в-четвертых, терапевтические методы и концепции можно оценить экспериментально.

Поведенческая терапия стремится к тому, чтобы в результате лечения пациент приобрел так называемый *коррективный опыт научения*. Коррективный опыт научения предполагает приобретение новых умений совладания (копинг-умений), повышение коммуникативной компетентности, преодоление дезадаптивных стереотипов и деструктивных эмоциональных конфликтов. В современной поведенческой терапии этот кор-

рективный опыт научения вызывает большие изменения в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах функционирования, а не ограничивается модификацией узкого диапазона паттернов ответных реакций в открытом поведении.

Корректированный опыт научения является результатом широкого диапазона различных поведенческих стратегий, которые осуществляются как в ходе лечебных сеансов, так и между сеансами терапии. Научение тщательно структурируется. Одной из отличительных черт поведенческого подхода является высокая активность пациента в реальной жизни между терапевтическими сеансами. Пациентам предлагается, например, практиковать релаксационный тренинг, контролировать ежедневное потребление калорий, совершать различные самоутверждающие действия, сталкиваться с ситуациями, вызывающими тревогу, воздерживаться от выполнения навязчивых ритуалов. Однако поведенческая терапия не является односторонним процессом влияния терапевта на пациента, направленным на вызов изменений в его убеждениях и поведении. Терапия предполагает динамическое взаимодействие терапевта и пациента. Решающим фактором терапии является мотивация пациента. Сопротивление изменению и отсутствие мотивации являются причинами неудачного лечения.

Идентификация и оценка проблемы

Поведенческую терапию начинают с идентификации и понимания проблемы пациента. Терапевт стремится получить подробную информацию о том, как началось расстройство, какова его тяжесть, частота проявлений. Что пациент предпринимал для преодоления проблемы? Что он думает о своей проблеме, обращался ли он прежде к терапевтам? Чтобы получить ответы на эти вопросы, которые могут быть болезненными для пациента и смущать его, необходимо предварительно установить с пациентом отношения доверия и взаимного понимания. Поэтому терапевт внимательно слушает и стремится к эмпатическому контакту.

Затем терапевт проводит функциональный анализ проблемы, пытаясь определить специфические ситуационные и личностные переменные, которые поддерживают дезадаптивные мысли, чувства и поведение. Акцент на переменных, поддерживающих проблему в настоящий момент, не означает игнорирование истории пациента. Однако про-

шлый опыт важен только в той степени, в какой он все еще активен в возникновении настоящего дисстресса.

В поведенчески ориентированном интервью терапевт редко задает пациенту вопрос «почему», например: «Почему вы испытываете страх в толпе?». Более полезны для идентификации личностных и ситуационных переменных, поддерживающих в настоящем проблемы пациента, вопросы, начинающиеся с «как», «когда», «где» и «что». Терапевт полагается главным образом на самоотчеты пациентов, в частности в оценке мыслей, фантазий и чувств. Такие самоотчеты являются более надежными предсказателями поведения, чем суждения клиницистов или результаты личностных тестов.

Один из методов оценки реакций пациентов в специфических ситуациях — символическое воссоздание пациентом проблематичной жизненной ситуации. Вместо того чтобы пациенты просто рассказали о событии, терапевт просит их представить эти события так, как если бы они происходили в настоящий момент. Когда пациенты вызывают ситуацию в воображении, их просят вербализовать любые мысли, которые приходят на ум; это особенно полезный способ открытия специфических мыслей, связанных со специфическими событиями.

Другой способ оценки реакций пациента в специфических ситуациях — *ролевая игра*. Пациента просят проиграть ситуацию, а не описывать или воображать ее. Этот метод особенно хорош для оценки межличностных проблем. При этом терапевт принимает роль человека, с которым связаны проблемы пациента. С помощью ролевой игры терапевт получает образец проблемного поведения, хотя и полученный в несколько искусственных условиях. Если терапевт оценивает супружескую пару, то он просит обоих партнеров обсудить выбранные трудные вопросы; это дает ему возможность непосредственно наблюдать и оценивать их межличностную компетентность и способность решать конфликт.

Одним из важных способов поведенческой оценки является *самоконтроль*. Пациенты ведут ежедневные детальные записи специфических событий или психологических реакций. Пациентам с избыточным весом, например, предлагают контролировать ежедневное потребление калорий, оценивать усилия по осуществлению запланированной физической деятельности, отмечать условия, при которых они лишний раз перекусывают или переедают, и т. д. Таким способом выявляются поведенческие стереотипы, имеющие отношение к проблемам пациентов.

Наиболее ценным методом оценки открытого поведения является наблюдение за поведением пациента в естественных условиях. С этой

целью поведенческими терапевтами разработаны специальные процедуры, предназначенные для прямого измерения поведения. Эти процедуры наиболее часто используются с детьми в школах и дома или с госпитализированными пациентами в клиниках. Родители, учителя, воспитатели, обслуживающий персонал получают инструктаж по наблюдению за поведением. После того как они приобретают навыки по наблюдению за поведением, их обучают проводить поведенческий анализ проблемы и затем инструктируют, как изменить свое собственное поведение, чтобы модифицировать проблемное поведение пациента.

Наконец, поведенческие терапевты используют *психологическое тестирование*. Причем они не пользуются стандартизированными психодиагностическими тестами, основанными на теории личностных черт. Тесты могут быть полезны для получения общей картины личности пациента, но они не дают информации, необходимой для функционального анализа поведения или для выработки стратегии терапевтического вмешательства. Проективные тесты отвергаются, поскольку, во-первых, они основаны на психодинамической теории, а во-вторых, не доказана их валидность. Поведенческие терапевты используют следующие вопросники.

1. Вопросник страха Маркса и Мэтьюса (Marks and Mathews Fear Questionnaire).
2. Депресивная шкала Бека (Beck Depression Inventory).
3. Вопросник Ратуса для оценки утвердительного поведения (Rathus Questionnaire).
4. Шкала супружеской адаптации Лока и Уоллиса (Lock and Wallace invantory of marital adjustment).

Этих оценочных средств недостаточно для проведения функционального анализа проблемы, но они полезны для суждения об интенсивности проблемы и оценки эффективности поведенческой терапии.

Технические процедуры

Систематическая десенситизация

Официальное начало поведенческой терапии связывается с именем Джозефа Вольпе. Вольпе определял невротическое поведение как «закрепившуюся привычку неадаптивного поведения, приобретенно-

го в результате научения». Принципиальное значение придается тревоге, являющейся составной частью ситуации, в которой происходит невротическое научение, а также составной частью невротического синдрома. Тревога, согласно Вольпе, представляет собой «стойкий ответ автономной нервной системы, приобретенный в процессе классического обусловливания». Вольпе разработал специальную технику, предназначенную для погашения этих условных автономных реакций, — *систематическую десенситизацию*.

Для объяснения механизма психотерапевтического воздействия Вольпе создал теорию реципрокного торможения. Речь идет о торможении тревожных реакций в результате одновременного вызывания других реакций, которые с физиологической точки зрения являются антагонистическими по отношению к тревоге, несовместимы с ней. Если несовместимая с тревогой реакция вызывается одновременно с импульсом, который до сих пор вызывал тревогу, то условная связь между этим импульсом и тревогой ослабевает. Такими антагонистическими реакциями по отношению к тревоге являются прием пищи, реакция самоутверждения, половые реакции и состояние релаксации.

Самым действенным стимулом в устранении тревоги оказалась мышечная релаксация. Вольпе использовал технику *прогрессивной мышечной релаксации* (Я. Якобсон) (J. Jacobson). Обучив пациента технике глубокой релаксации, переходят ко второму шагу — составлению иерархии ситуаций, вызывающих страх. Далее пациенту, находящемуся в состоянии релаксации, предлагается представить себе ситуацию, занимающую самую низкую позицию в иерархии, то есть наименее ассоциированную со страхом.

В качестве примера приводятся пятнадцать сцен из иерархии, предложенной пациенту со страхом полета в самолете (Д. Бернштейн, Э. Рой с коллегами):

1. Вы читаете газету и замечаете объявление авиакомпании.
2. Вы смотрите телевизионную программу и видите группу людей, садящихся в самолет.
3. Ваш шеф говорит, что вам нужно совершить деловую поездку на самолете.
4. Остается две недели до вашей поездки, и вы просите секретаря забронировать билет на самолет.
5. Вы в своей спальне, укладываете чемодан для поездки.
6. Вы принимаете душ утром перед поездкой.

7. Вы в такси по пути в аэропорт.
8. Вы проходите регистрацию в аэропорту.
9. Вы в зале ожидания и слышите объявление о посадке на ваш рейс.
10. Вы стоите в очереди перед трапом самолета.
11. Вы сидите на своем месте в самолете и слышите, как начинает работать его двигатель.
12. Самолет приходит в движение, и вы слышите голос стюардессы: «Застегните ремни, пожалуйста».
13. Вы смотрите в окно, когда самолет выходит на взлетную полосу.
14. Вы смотрите в окно в то время, как самолет отрывается от земли.
15. Вы смотрите в окно, когда самолет уже в воздухе.

При другом варианте систематическая десенситизация осуществляется не в представлении, а in vivo, путем реального погружения в фобическую ситуацию. Этот вариант представляет большие технические трудности, но, по мнению ряда авторов, он более эффективен, может применяться для лечения больных с плохой способностью вызывать представления. В литературе приводится случай, когда человек, страдающий клаустрофобией, научился переносить все меньшее ограничение до такой степени, что чувствовал себя комфортно в застегнутом на молнию спальном мешке.

Систематическая десенситизация может проводиться по методике, называемой *фединг* (затухание), при которой вместо стимуляции воображения используются слайды с изображением объекта фобии или специальные кинофильмы, содержащие сцены, вызывающие страх (например, сцены полета на самолете при фобии полетов).

Методы, основанные на угасании

Эти методы, называемые также *иммерсией* (погружением), основаны на прямом предъявлении объекта страха без предварительной релаксации. В основе этих методов лежит механизм угасания, открытый И. П. Павловым, согласно которому предъявление условного стимула без подкрепления безусловным ведет к исчезновению условной реакции. К иммерсионным методам относятся «наводнение», имплозия, парадоксальная интенция.

При методике *«наводнение»* пациент вместе с психотерапевтом оказывается в ситуации, в которой у него возникает страх, но безвредной для него, и находится в этой ситуации до тех пор, пока страх

не уменьшится. Важно, что при этом должна быть исключена возможность скрытого избегания страха. Например, во время поездки в транспорте пациент старается отвлечь свое внимание (думать о чем-нибудь приятном или вступать в разговор с окружающими), снижая тем самым интенсивность своего страха. Пациенту следует объяснить, что скрытое избегание подкрепляет поведение избегания. Во время сеанса «наводнения» пациент должен испытывать как можно более сильную эмоцию страха.

Имплозия — это методика «наводнения» в воображении. В общих чертах повторяет методику систематической десенситизации, но проводится без сопутствующей релаксации. Вначале составляется иерархия страхов, затем переходят к собственно имплозии — представлению ситуаций страха. Уровень вовлеченности пациента и интенсивности испытываемого им страха терапевт оценивает по поведению пациента (двигательной активности, напряжению мышц, мимике, вегетативным реакциям). Задача терапевта — поддерживать достаточно высокий уровень страха. Если уровень тревоги снижается, врач вводит дополнительные описания ситуации, чтобы усилить страх. Например, пациента, страдающего фобией змей, просят вообразить, что он берет змею в руки; по мере снижения уровня страха пациента можно попросить представить, что змея кусает его в палец, лицо и т. п. Фантазия терапевта здесь может быть безграничной. Необходимо стремиться к тому, чтобы поддерживать достаточно высокий уровень страха в течение 40–45 минут.

Парадоксальная интенция — метод иммерсии, предложенный Виктором Франклом (V. Frankl). Существенным патогенным фактором в этиологии неврозов Франкл считал так называемую опережающую тревогу. Опережающая тревога часто вызывает именно ту ситуацию, которой опасается больной. Другим патогенным фактором в этиологии неврозов, по Франклу, является чрезмерно интенсивное стремление (интенция). Чрезмерное стремление затрудняет осуществление цели. На этих фактах Франкл основывает технику парадоксальной интенции.

При этой методике пациенту предлагается прекратить борьбу с симптомом и вместо этого умышленно вызывать его и даже стараться усиливать. Методика предполагает кардинальное изменение установки больного по отношению к своему симптому, своей болезни. Этот метод включает не только «переворачивание» отношения больного к своей фобии, но также и ироничную установку при его использовании. Попросту говоря, пациент должен отстраниться от своего невроза, посме-

явшись над ним. Франкл приводит слова Г. Аллпорта (G. Allport), который говорил, что «невротик, научившийся смеяться над собой, уже стоит на пути к овладению собой, а может быть, и к излечению».

Франкл рассказывает случай одного мальчика, страдающего сильным заиканием. Однажды он ехал в трамвае «зайцем». Застигнутый кондуктором, он решил, что единственный способ выпутаться, — это вызвать в кондукторе жалость к «бедному маленькому заике». Но, стараясь заикаться, он никак не мог этого сделать! Не подозревая об этом, он прибег к парадоксальному намерению, хотя отнюдь не в лечебных целях.

Моделирование

Терапевты часто обучают пациентов желаемому поведению, демонстрируя или моделируя его. Например, десенситизация in vivo может быть особенно эффективной, когда терапевт показывает пациенту, как нужно вести себя спокойно в ситуациях, вызывающих чувство страха. В одном случае терапевт показал пациентке, страдающей сильной фобией пауков, как убивать пауков хлопушкой, и научил ее этому искусству дома с помощью набора резиновых пауков.

Тренинг самоуверенного поведения и социальных умений

Эта методика предназначена для неуверенных пациентов, которые неспособны открыто выражать свои чувства и не умеют отстаивать свои законные права. Они часто эксплуатируются другими, испытывают тревогу в социальных ситуациях и страдают от низкого самоуважения. Как и техники систематической десенситизации, тренинг самоуверенности также основан на использовании реакции, антагонистической страху: активное, самоутверждающее поведение несовместимо с чувствами страха и тревоги. Человек, страдающий социофобией, избегает встреч с людьми из-за возможных негативных последствий: пассивность, неуверенность, робость, дефензивное поведение, как правило, не вызывают одобрения у других людей.

Тренинг проводится в группах. В процессе занятий пациент убеждается, что самоутверждающее поведение приводит к изменению реакций окружающих. Это, в свою очередь, подкрепляет такое поведение, приводит к повышению самооценки и еще большей уверенности в себе. Заметим, что самоутверждающее поведение не означает агрес-

сивности, скорее это прямое выражение как позитивных, так и негативных чувств в отстаивании своих прав при уважении прав других.

Моделирование и ролевые игры являются главными техническими средствами тренинга самоуверенности. Терапевт помогает пациентам быть более открытыми и экспрессивными в социальных ситуациях. Например, пациент, который боится попросить повышения заработной платы, может приобрести необходимые умения, несколько раз проигрывая в ролевой игре эту ситуацию с терапевтом или другими членами группы. Внимание придается развитию невербального и вербального экспрессивного поведения, то есть телесным позам, постановке голоса. Затем терапевт поощряет пациента выполнять утвердительные действия в реальной обстановке для того, чтобы обеспечить генерализацию.

Помимо усиления утвердительного поведения тренинг предназначен для улучшения коммуникативных способностей, включая активное слушание, предоставление обратной связи, установление доверия через самораскрытие.

Позитивное подкрепление

В методиках позитивного подкрепления используются принципы оперантного обусловливания для установления связей между поведением и его последствиями. Подкрепление систематически используется терапевтами для изменения проблематичного поведения — от грызения ногтей, детской возбудимости и подростковой делинквентности до шизофрении и отказа от пищи.

Пример

Анна, 4-летняя девочка, нормально общалась с учителями и другими взрослыми людьми, но была робка, молчалива и замкнута с детьми. Психолог, работающий в школе, заметил, что учителя неумышленно способствовали ее замкнутости чрезмерным вниманием и уговорами. Тогда была разработана программа модификации поведения девочки. Учителя должны были уделять внимание Анне только тогда, когда она играла с детьми или по крайней мере находилась вблизи от них. Позднее учителя стали награждать Анну только за настоящее взаимодействие с детьми. Игры в одиночестве также игнорировались. В результате Анна начала проводить больше времени с детьми, чем со взрослыми.

Чтобы улучшить поведение пациентов с выраженными нарушениями личности или умственной отсталостью, находящихся в психиатрических учреждениях, поведенческие терапевты разработали так называемую *жетонную систему*. При рассматриваемой системе желаемое поведение пациентов награждается жетонами, которые они затем обменивают на сладости, прогулки, просмотр телевизора и другие привилегии. Персонал в сотрудничестве с пациентом (когда это возможно) составляет список желаемых целей поведения (мишеней) в зависимости от особенностей поведения каждого пациента. Эти цели могут состоять в требовании говорить яснее, выполнять домашнее задание, играть с другими детьми, приводить в порядок постель и т. д. Затем устанавливается «прейскурант», согласно которому пациент получает определенное количество жетонов сразу после достижения той или иной цели поведения.

Жетонная система может быть очень эффективной в изменении поведения. В некоторых исследованиях показано, что у психически больных с выраженными апато-абулическими изменениями личности жетонная система улучшила существенным образом их внешний вид, социальное взаимодействие, манеры за столом и в то же время уменьшила странности в поведении. Самым существенным было то, что жетонная система подготовила пациентов с выраженными расстройствами поведения к жизни вне стен психиатрической больницы.

Техника вызывания отвращения

Техника вызывания отвращения (аверзивная терапия) использует принципы классического обусловливания. Так, например, алкоголизм лечат сочетанием небольших доз спиртного с веществами, вызывающими рвоту или другие неприятные ощущения. Удары электрического тока применяют для устранения невротического заикания, дрожания рук, половых извращений, ночного энуреза.

Описываемый вид терапии впервые был обоснован В. М. Бехтеревым. Он указал на то, что при лечении хронического алкоголизма сочетанием алкоголя с веществами, вызывающими рвоту, в основе терапии лежит выработка рвотного условного (сочетательного по Бехтереву) рефлекса. Метод лечения алкоголизма впрыскиванием апоморфина перед приемом алкоголя был впервые применен в России И. Ф. Случевским и А. А. Фрикеном в 1933 г.

Наказание

В отличие от аверсивного обусловливания, при котором неприятный стимул сочетается с нежелательным поведением, наказание следует после нежелательного поведения. Например, пациенту с треморной формой писчего спазма предлагается освоить задачу попадания металлической палочкой в ряд отверстий все уменьшающегося диаметра, расположенных на пластине. Точное попадание в эти отверстия избавляют его от электрического разряда. Наличие тремора ведет к попаданию в края отверстия и к замыканию электрической цепи. Пациент при этом испытывает удар электрического тока. При спастической форме писчего спазма пациент пользуется специальной авторучкой, излишнее давление на которую приводит также к замыканию электрической цепи и, следовательно, к наказанию. В процессе тренировок пациент обучается расслаблять нужные группы мышц.

Процедуры самоконтроля

Поведенческие терапевты стремятся к тому, чтобы пациенты (и дети и взрослые) играли активную роль в определении целей лечения и в выполнении терапевтической программы. Для этого используется множество процедур самоконтроля. Самоконтроль является основой успешной саморегуляции поведения. Благодаря ему пациенты начинают лучше осознавать свои специфические проблемы и действия. Терапевт помогает пациенту определять цели или устанавливать стандарты, управляющие поведением. При лечении избыточного веса, например, совместно устанавливается ежедневное потребление калорий. Вероятность успешного самоконтроля повышается при формулировании предельно специфических, ясных и краткосрочных целей. Например, нельзя формулировать цель в такой неопределенной форме: «Со следующей недели я ограничу себя в еде»; нужна четкая и конкретная постановка: «Я буду потреблять в день не более 1200 калорий». Неудача в достижении нечетких целей вызывает негативную самооценку у пациентов, в то время как успешное выполнение конкретных и ясных целей ведет к самоподкреплению, и это усиливает вероятность того, что саморегуляторное поведение будет поддерживаться и дальше.

В качестве одного из методов самоконтроля можно рассматривать прогрессивный релаксационный тренинг, применяемый для преодоления стрессовых реакций, включая бессонницу, головные боли и гипертонию. Методы биологической обратной связи, используемые для

лечения различных психосоматических расстройств, также относятся к категории процедур самоконтроля.

Когнитивное реструктурирование

Терапевтические методы этой категории основываются на предположении, что эмоциональные расстройства являются результатом дезадаптивных стереотипов мышления (когниций). В задачу *когнитивного реструктурирования* (Р. Лазарус) входит изменение этих порочных когниций. Терапевты обучают пациентов заменять в стрессовых ситуациях (публичное выступление, экзамен, неприятный разговор) дезадаптивные когниции на спокойные, разумные мысли типа: «Спокойно, ты справишься с этим, если только сконцентрируешься на задаче и отбросишь мысли о том, чтобы быть совершенным». Среди этих методов широко известен *тренинг прививки стресса* (Д. Майхенбаум), при котором пациент воображает, что находится в стрессовой ситуации, и использует при этом приобретенные им новые когнитивные навыки. Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса (A. Ellis) и когнитивная терапия Бека также являются формами когнитивного реконструирования, сочетающими когтитивный и поведенческий методы.

Применение поведенческой терапии

1. *Тревожные состояния.* Клинические исследования в различных странах показали, что поведенческая терапия эффективна при лечении фобических расстройств, более того, *поведенческая терапия является лечением выбора при фобиях*. Главной техникой является систематическая экспозиция (понятие «экспозиция» объединяет все техники, основанные на предъявлении объекта страха); дополнительно при некоторых агорафобических нарушениях используются когнитивно-поведенческие стратегии (когнитивное реструктурирование, поведенческая супружеская терапия и др.). Большинство пациентов вылечивается, и это подтверждается катамнестическими сведениями длительностью от пяти до девяти лет. Терапевтические неудачи отмечаются от 10 до 40% при агорафобии (Уилсон).
2. *Сексуальные нарушения.* Общепризнано, что поведенческая терапия является предпочитаемой при сексуальных расстрой-

ствах, таких как импотенция, преждевременная эякуляция, оргазмические дисфункции и вагинизм. Наиболее известный пример — двухнедельная программа лечения сексуальных дисфункций.

3. *Межличностные и супружеские проблемы.* Тренинг социальных умений и тренинг утвердительного поведения используются в широком диапазоне межличностных проблем — от ограничения социально-поведенческого репертуара до социофобии. Поведенческая супружеская терапия — метод обучения партнеров позитивным и продуктивным способам достижения желаемых поведенческих изменений друг в друге.
4. *Хронические психические расстройства.* Поведенческая терапия не эффективна при острых психических расстройствах. Поведенческие процедуры (преимущественно жетонная система) являются методом выбора у пациентов с выраженными изменениями личности и низким уровнем самообслуживания.
5. *Детская психопатология.* С самого начала возникновения поведенческой терапии ее методы используются при лечении различных видов нарушений в детском возрасте. Сюда относятся нарушения поведения, агрессивность, делинквентность. Жетонное подкрепление широко используется при лечении гиперактивного поведения. Успех поведенческой терапии в улучшении успеваемости гиперактивных детей приводит к убеждению, что поведенческая терапия должна дополнять широко распространенную медикаментозную терапию для контроля гиперактивности или даже являться альтернативой лекарственной терапии в некоторых случаях.

Общепризнано, что *аутизм* является особенно тяжелым расстройством детского возраста, с плохим прогнозом. Традиционные психологические методы лечения и фармакотерапия оказались неэффективными. Поведенческие же методы достигли здесь заметного успеха. По сообщению О. Ловааса (O. Lovaas), интенсивное, длительное поведенческое лечение аутистичных детей в 47% случаях приводит к нормальному интеллектуальному и поведенческому функционированию. Другие 40% обнаруживали легкое отставание и направлялись в школы для детей с речевыми задержками. В контрольной группе аутистичных детей только 2% достигали нормального функционирования. Эти результаты являются самыми лучшими из полученных когда-либо при лечении аутистичных детей.

Энурез оказался одной из наиболее курабельных проблем при лечении методами поведенческой терапии.

Тактика поведенческой терапии

Некоторые клинические детали поведенческого (точнее, когнитивно-поведенческого) подхода к терапии могут быть проиллюстрированы на примере агорафобии — сложного тревожного расстройства.

Вначале терапевт внимательно оценивает проблему пациента и переменные, которые ее поддерживают. Последующее лечение может быть различным, но центральной частью терапии становится какая-нибудь форма экспозиции in vivo. Терапевт вместе с пациентом разрабатывает иерархию ситуаций, вызывающих страх у пациента, и избегаемых им. Далее следует систематическая экспозиция этих ситуаций до тех пор, пока избегание не уменьшается и страх не исчезает.

Пациенту объясняют процедуры лечения и их смысл. Его проблемы интерпретируются как реакции страха—избегания, приобретенные в результате научения, которые могут быть преодолены с помощью переучивания. Терапевт подчеркивает важность систематической экспозиции, противопоставляя ее несистематическим и непродуманным попыткам пациентов слишком быстро входить в ситуации страха, что является типичной ошибкой.

Подготовка к каждой экспозиции включает три момента: 1) узнавание и принятие чувства страха; 2) идентификация когнитивных искажений, которые вызывают или усиливают страх; 3) противодействие когнитивным искажениям. Вместо катастрофизации («О, нет! Опять это! Мне страшно!») працfolientов обучают самоинструкциям, полезным для совладания (например: «Эта тревога неприятна, но не опасна. Пройдет. Подумай, что можно сделать сейчас. Без паники»). Эти подготовительные копинг-реакции часто репетируются в воображении.

Терапевт может сопровождать пациента во время экспозиции in vivo, обеспечивая поддержку и социальное подкрепление. Хотя терапевт относится с сочувствием к пациенту, испытывающему страх, он остается твердым в необходимости систематической экспозиции. Железное правило состоит в том, что если пациент вошел в ситуацию страха, из нее нельзя выходить, пока страх не уменьшится. Пациентам разрешается ретироваться, если это абсолютно необходимо, но так, как это предварительно совместно оговорено. Во-первых, недопустим резкий выход

из ситуации: пациенты должны оставаться в ситуации так долго, как только можно, даже если они испытывают значительный дискомфорт. Во-вторых, если они не могут оставаться в ситуации, они выходят из нее запланированным способом, а не спасаются бегством. Если, например, ситуацией является супермаркет, они перемещаются в менее людное место магазина и пытаются успокоиться. Если не удается, они выходят из магазина, но не бросаются в «безопасное» место, а как можно скорее пытаются снова войти в магазин.

После экспозиции терапевт и пациент анализируют то, что имело место. Это дает возможность терапевту понять, как пациент интерпретирует свой опыт, и обнаружить иррациональные когнитивные процессы. Например, пациенты, страдающие агорафобией, склонны обесценивать позитивные достижения: они не всегда приписывают успех опыта своим копинг-способностям и поэтому не достигают эффекта.

Пациентам дается домашнее задание — специфические инструкции о том, как проводить экспозиции дома. Им предлагают ежедневно детально записывать все, что они делали, чувствовали, с какими проблемами сталкивались. Эти самоотчеты просматриваются терапевтом перед началом следующей встречи. Помимо того что эти записи дают терапевту информацию о прогрессе в лечении, они способствуют процессу изменения когниций пациентов. Например, из-за своего негативного мышления пациенты часто сетуют на слабую эффективность лечения. Терапевт может указать на специфические успехи, отмеченные в дневниковых записях, которые пациенты не приняли достаточно серьезно.

Домашние задания требуют активного сотрудничества супруга или других членов семьи. Терапевт приглашает супруга на один сеанс, чтобы оценить его желание и способность обеспечить необходимую поддержку, а также объяснить ему, что требуется. А. Метьюс с коллегами (A. Mathews et al.) издали терапевтические учебники для страдающих агорафобией и их супругов, в которых они описывают каждый шаг экспозиции in vivo и подчеркивают общую ответственность.

Нередко агорафобики терпят неудачу при выполнении домашних заданий. Имеется несколько возможных причин этого: от плохо составленного задания до сопротивления изменению. Все эти причины должны быть рассмотрены, когда терапевт анализирует причины невыполнения его назначений (причины нонкомплайенса). Другая возможность состоит в том, что супруг не склонен к сотрудничеству и даже пытается саботировать терапию. Одно из преимуществ включе-

ния супруга в терапию состоит в том, что его сопротивление быстро открывается и к нему можно прямо обратиться в терапевтических сеансах. Супружеская терапия может быть необходимой для решения межличностного конфликта, который может блокировать улучшение у пациента.

Могут применяться дополнительные техники к экспозиции in vivo. Они обычно помогают пациентам более конструктивно совладать с различными источниками стресса. Одни пациенты, например, нуждаются в тренинге утвердительного поведения для преодоления стресса, вызванного межличностным конфликтом, другие нуждаются в обучении способам совладания с подавленным гневом.

Наконец, перед завершением лечения терапевт работает над предупреждением рецидива. Пациентов предупреждают, что, возможно, в будущем они внезапно испытают возвращение страха. Пациенты используют воображение для проецирования в будущее такого рецидива страха и учатся совладанию со своими чувствами путем воссоздания прежде успешных копинг-реакций. Их убеждают, что эти чувства вполне нормальны, ограничены во времени и не обязательно сигнализируют о рецидиве. Пациенты постигают, что именно способ их интерпретации своих чувств определяет, возникнет у них рецидив или нет.

Чаще всего поведенческая терапия является краткосрочной, но и терапия, длящаяся от 25 до 50 занятий, — обычное явление. Возможно и более длительное лечение.

В типичных случаях поведенческий терапевт заключает контракт с пациентом на проведение лечения длительностью от 2 до 3 месяцев (приблизительно 8–12 занятий) и в конце этого лечения оценивает его. Отсутствие улучшения является поводом для анализа верности концептуализации проблем пациента, выбора применяемой техники (или необходимости применения иных), возможности возникновения каких-то собственных профессиональных проблем, и в этом случае необходимо принимать решение о предаче больного другому терапевту или об использовании другой формы лечения. При завершении лечения терапевт обычно избегает внезапного его прекращения. Имеет место постепенное сокращение числа занятий от одного раза в неделю до одного раза в две недели, до одного раза в месяц и т. д. Кроме того, постепенно уменьшается активность терапевта, занятия могут быть короче, чем прежде, иногда это могут быть контакты с пациентом по телефону.

Случай из практики

Этот случай описан Уилсоном и О'Лари (G. T. Wilson & K. D. O'Leary).

Пациент Б., 35 лет, из благополучной семьи, женат, имеет двух сыновей 8 и 5 лет. Он страдает упорным эксгибиционизмом на протяжении последних 20 лет: неожиданно перед взрослыми женщинами обнажает гениталии примерно 5–6 раз в неделю. Пятнадцать лет психоаналитического лечения (с перерывами), несколько госпитализаций в психиатрические стационары и 6 лет тюремного заключения за девиантное сексуальное поведение не помогли пациенту изменить свое явно неконтролируемое поведение. В настоящее время ему предъявлено судебное обвинение в том, что он обнажался перед взрослой женщиной в присутствии детей. Стало очевидным, что ему грозит пожизненное заключение в связи с частыми нарушениями закона и неэффективностью длительного и дорогого психиатрического лечения. Незадолго до явки в суд психоаналитик пациента направил его к поведенческому терапевту испытать последний шанс.

Пациент был госпитализирован и ежедневно в течение полутора месяцев проходил курс психотерапии — всего около 50 часов. Уделив некоторое время на развитие доверительных отношений, так чтобы пациент чувствовал себя комфортно, раскрывая интимные подробности своих проблем, терапевт провел ряд интенсивных бесед для определения специфических социальных и психологических факторов, которые поддерживали девиантное поведение пациента. С разрешения пациента были также опрошены его родители и жена.

Чтобы получить образец его эксгибиционистского поведения, в больнице была организована ситуация, которая близко напоминала условия, при которых пациент эксгибиционировал в реальной жизни. Две привлекательные женщины (из персонала клиники) сидели в приемной, читая журналы, а пациенту нужно было войти, сесть напротив них и начать эксгибиционировать. Несмотря на искусственную обстановку, он сильно возбудился и мастурбацией почти довел себя до оргазма. Все происходящее было записано на видеокасету. При просмотре пациентом в последующем этой записи была измерена его реакция на эту сцену путем регистрации степени эрекции.

На основе проведенной оценки поведения была выяснена детальная картина внутренних и внешних стимулов и реакций, приводящих к актам эксгибиционизма. Например, если он, проезжая на машине мимо трамвайной остановки, видел на ней одиноко стоящую женщину, то эта картина каждый раз приводила в движение такой стереотип мыслей и образов, который заставлял его, объехав квартал, вернуться и совершить акт эксгибиционизма. Или гнев, который он испытывал в горячем споре с отцом и который он

не мог сдерживать, также иногда вызывал желание эксгибиционировать. Чем больше пациент думал об обнажении, тем навязчивее становилась эта мысль по отношению к конкретной женщине и ее реакциям. Его поведение выходило из-под контроля, и он уже не думал о последствиях своих действий. Пациент надеялся, что жертва будет выражать одобрение его действиям в какой-либо форме — улыбаться или делать сексуально окрашенные комментарии. Хотя иногда так и случалось, однако большинство женщин игнорировало его, а некоторые вызывали полицию.

Пациент думал о поведенческой терапии как о методе, с помощью которого у него выработается условный рефлекс (при этом сам он будет пассивен) и его проблема исчезнет. Терапевт постоянно разрушал его иллюзии, объясняя, что успех может быть достигнут только при его активном участии на всех этапах терапевтической программы. Ему было объяснено также, что не существует автоматического «лечения» его проблемы, но что он сможет научиться новым поведенческим стратегиям самоконтроля, которые, если их применять осознанно и в надлежащее время, дадут ему возможность избежать девиантного сексуального поведения.

Как и в большинстве сложных клинических случаев, при лечении использовалось несколько техник для модификации различных компонентов расстройства. Собственное понимание пациентом своей проблемы состояло в том, что его внезапно охватывало желание, которое он не в состоянии был контролировать, и поэтому его действия были «невольными». Анализ последствий событий, которые каждый раз предшествовали обнажению, изменил убеждение пациента в том, что он не мог контролировать своего поведения. Ему было показано, что он сам превращал относительно слабый начальный импульс к обнажению в непреодолимую навязчивость из-за того, что находился под влиянием неадекватных мыслей и чувств и совершал действия, усиливающие соблазн. Ему объяснили, что разрывать эту патологическую поведенческую цепочку и применять стратегии самоконтроля, которым он научится в процессе лечения, надо в самом начале возникновения желания, когда оно еще слабо. Для этого вначале надо научиться осознавать свои мысли, чувства и поведение и узнавать ранние сигналы опасности.

Поскольку желание обнажаться часто вызывалось у пациента специфическими состояниями напряжения, его научили уменьшать напряжение с помощью прогрессивной релаксации. Применялся также тренинг утвердительного поведения, чтобы помочь пациенту конструктивно совладать с чувством гнева и выражать его приемлемыми способами, а не искать разрядки в девиантном поведении. Используя ролевую игру, терапевт моделировал подходящую реакцию. Кроме того, пациент получал подкрепляющую биологическую

обратную связь, когда в результате репетиций находил более эффективные способы реагирования на события, вызывающие гнев. С помощью техники скрытого моделирования пациент научился представлять себя в ряде ситуаций, которые обыкновенно заканчивались обнажением, но при этом реагировать альтернативными способами, например снимать напряжение с помощью релаксации, выражать гнев подходящим образом, вспоминать о том, что его может задержать полиция, или просто избегать этих ситуаций.

Применялось также аверсивное обусловливание: во время повторных просмотров пациентом видеозаписи эксгибиционистской сцены, в непредсказуемые моменты в наушниках раздавался громкий, субъективно непереносимый звук полицейской сирены. Если поначалу пациент с удовольствием и сексуальным возбуждением смотрел запись, то постепенно он потерял к ней сексуальный интерес. Он сообщил, что испытывает значительные трудности в сосредоточении внимания на этой сцене, поскольку ожидает пугающих его звуков полицейской сирены. Сирена также систематически сочеталась с рядом представлений различных ситуаций, в которых пациент обнажался. В добавление к этому пациент научился связывать воображаемые внушающие отвращение (аверсивные) события с перверзными мыслями и образами. Например, воображение такого неприятного события, как задержание полицией, сочеталось с мыслями об эксгибиционизме. Для оценки эффективности лечения в процессе его у пациента периодически оценивали степень сексуального возбуждения при просмотре видеозаписи измерением пениальной эрекции.

Кроме занятий с терапевтом пациент получал домашние задания, которые включали прежде всего самоконтроль и ведение дневниковых записей возникающих перверзных желаний для того, чтобы научиться распознаванию самых ранних признаков рецидива. Другие домашние задания включали: выполнение релаксационных упражнений; связывание в воображении аверсивных образов с перверзными сексуальными фантазиями; репетиции утвердительного поведения (когда оно уместно) при взаимодействии с другими пациентами и персоналом. Степень утвердительного поведения оценивалась персоналом с помощью прямого наблюдения.

Наконец, жена пациента после разговора с терапевтом о сотрудничестве и очевидных успехов в осуществлении терапевтической программы согласилась на участие в нескольких совместных занятиях с мужем, в которых использовались поведенческие методы улучшения коммуникации и взаимодействия супругов. Хотя поведенческая диагностика показала, что эксгибиционистское поведение пациента не являлось прямым результатом несчастливого брака или отсутствия сексуального поведения с женой, терапевт исходил из того, что улучшение функционирования в этой

сфере поможет пациенту укрепить и поддержать контроль, приобретенный им в ходе выполнения программы, над отклоняющимся сексуальным поведением.

После выписки из больницы пациент продолжал контролировать мысли и чувства, связанные с эксгибиционизмом, систематически занимался релаксацией, упражнялся в сочетании аверсивных образов с мыслями об обнажении. Каждую неделю он отсылал свои записи на анализ терапевту — процедура, предназначенная для генерализации изменений в реальной жизни и поддержания самоконтроля. Для закрепления достигнутых успехов через четыре месяца после выписки пациент вернулся в больницу на недельный срок для интенсивного лечения по той же терапевтической программе.

Благодаря рекомендации терапевта суд приговорил пациента условно. Катамнез длительностью в пять лет показал, что пациент воздерживается от эксгибиционизма.

Глава 8

Интеграция когнитивных методов

Рационально-эмотивная терапия

Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) — метод психотерапии, развитый в 1950-х гг. клиническим психологом Альбертом Эллисом. РЭТ имеет две цели: оказание помощи в устранении эмоциональных расстройств и превращение пациентов в более полно функционирующих, или самоактуализирующихся, индивидов. РЭТ способствует замене ригидных, жестких позиций на гибкие, что приводит к возникновению нового эффективного мировоззрения. Суть концепции Эллиса выражается формулой A–B–C, где A — activating event — активизирующее событие (активатор, стимул, побудитель); B — belief system — система убеждений; C — emotional consequences — эмоциональные и поведенческие последствия. Когда сильное эмоциональное последствие (C) следует за важным активизирующим событием (A), тогда может показаться, что A вызывает C, но в действительности это не так. На самом деле эмоциональное последствие возникает под влиянием B — системы убеждений человека. Когда возникает нежелательное эмоциональное последствие (такое, как сильная тревога), то корни его можно найти в иррациональных убеждениях человека. Если эти убеждения эффективно опровергать, приводить рациональные доводы и показывать их несостоятельность на поведенческом уровне — тревога исчезает.

РЭТ рассматривает когниции и эмоции интегративно: в норме мышление включает чувства и в некоторой степени диктуется ими, а чувства включают когниции. Кроме того, Эллис подчеркивает, что мышление и эмоции взаимодействуют с поведением: люди обычно действуют на основе мыслей и эмоций, а их действия влияют на мысли и чувства. Сле-

довательно, РЭТ, по определению Эллиса, — это «когнитивно-аффективная бихевиоральная теория и практика психотерапии».

Философские источники РЭТ восходят к философам-стоикам. Эпиктет писал: «Людей расстраивают не события, а то, как они на них смотрят». Из современных психотерапевтов предшественником РЭТ был Альфред Адлер. «Я убежден, — говорил он, — что поведение человека берет начало в идеях... Человек не относится к внешнему миру предопределенным образом, как часто предполагают. Он всегда относится согласно своей собственной интерпретации себя и своей настоящей проблемы... Именно его отношение к жизни определяет его связи с внешним миром». В первой книге по индивидуальной психологии Адлер сформулировал девиз: «Omnia ex opionione suspensa sunt» («Все зависит от мнения»). Трудно выразить самый главный принцип РЭТ более лаконично и точно. Своими предшественниками Эллис считал также Поля Дюбуа, Жюля Дежерена и Эрнста Гоклера, которые использовали метод убеждения.

Основные концепции

Эллис разделяет когници на холодные, теплые» и горячие. Холодные когниции являются дескриптивными и предполагают наличие относительно слабого чувства или его отсутствие. Теплые и горячие коници являются оценочными. Теплые когниции — это предпочтительные мысли или рациональные установки. Они включают в себя оценку холодных когниций, влияют на чувства, как слабые, так и сильные, и порождают такие чувства. Горячие когниции содержат резкие, или высокие, оценочные мысли и обычно предполагают наличие сильных или очень сильных чувств. Например, муж, жена которого очень вспыльчива, имеет три следующих варианта выбора. *Холодная когниция*: «Я вижу, что моя жена вспыльчива». *Теплые чувства-когниции:* «Мне не нравится ее вспыльчивость, мне не хотелось бы, чтобы она так вела себя. Как меня раздражают ее поступки!» *Горячие чувства-когниции*: «Я совершенно не выношу ее нападки! Она не должна оскорблять меня! К черту ее, если она так поступает! Я убью ее!» В рационально-эмотивной терапии предполагается, что дескриптивные когниции обязательно связаны с оценочными когнициями в разной степени. С точки зрения РЭТ не объективные события сами по себе вызывают у нас позитивные или негативные эмоции, а наше внутреннее восприятие их, их оценка. Мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого.

Расстройства в эмоциональной сфере является результатом нарушений в когнитивной сфере. Эти нарушения в когнитивной сфере Эллис назвал *иррациональными установками*. Он выделяет четыре группы установок, которые наиболее часто создают проблемы у пациентов.

1. Установки долженствования. Некоторые люди убеждены в том, что в мире существуют некие универсальные установки (принципы), которые, несмотря ни на что, должны быть реализованы. Например, «мир должен быть справедливым», «люди должны быть честными». Такие установки часто выявляются в подростковом возрасте.
2. Установки преувеличения (драматизация, катастрофизация). При этих установках отдельные события, происходящие в жизни, оцениваются как катастрофические вне какой-либо системы отсчета. Катастрофические установки проявляются в высказываниях пациентов в виде оценок, выраженных в самой крайней степени: «ужасно», «невыносимо» и т. п. Например: «Ужасно остаться одному на старости лет».
3. Установка обязательной реализации своих потребностей. В основе этой установки лежит иррациональное убеждение, что, для того чтобы стать счастливым, человек должен обладать определенными качествами. Например: «Я должен быть на высоте в моей профессии, иначе я ничего не стою».
4. Оценочная установка. При этой установке оценивается личность человека в целом, а не отдельные его черты, качества, поступки и т. д. Другими словами, здесь отдельный аспект человека отождествляется с человеком в целом.

Помимо этих четырех установок Эллис в разное время идентифицировал общие «сердцевинные» иррациональные идеи, которые, по его мнению, лежат в основе большинства эмоциональных расстройств. Марзиллер (Marzillier) отмечает, что теперь число идей выросло до 27. Ниже приводятся *12 основных иррациональных идей.*

1. Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.
2. Есть поступки порочные, скверные. И повинных в них следует строго наказывать.
3. Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.
4. Все беды навязаны нам извне — людьми или обстоятельствами.
5. Если что-то пугает или вызывает опасение — постоянно будь начеку.
6. Легче избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать.

7. Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, что он ощущает в себе.
8. Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным. (Нужно все знать, все уметь, все понимать и во всем добиваться успеха.)
9. То, что сильно повлияло на жизнь один раз, всегда будет влиять на нее.
10. На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении.
11. Плыть по течению и ничего не предпринимать — вот путь к счастью.
12. Мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

С точки зрения Эллиса, иррациональные установки — это *жесткие эмоционально-когнитивные связи*. Они имеют характер предписания, требования, приказа, имеют, как говорит Эллис, абсолютистский характер. Поэтому обычно иррациональные установки не соответствуют реальности. Отсутствие реализации иррациональных установок приводит к длительным, неадекватным ситуации эмоциям.

У нормально функционирующего человека имеется *рациональная система установок*, которую можно определить как систему *гибких эмоционально-когнитивных связей*. Эта система имеет вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития событий. Рациональной системе установок соответствует умеренная сила эмоций. Хотя они иногда могут иметь интенсивный характер, однако не захватывают индивида надолго и поэтому не блокируют его деятельность, не мешают достижению целей.

РЭТ не интересует генез иррациональных установок, ее интересует, что подкрепляет их в настоящем. Эллис утверждает, что осознание связи эмоционального расстройства с событиями раннего детства (инсайт № 1) не имеет терапевтического значения, поскольку пациенты редко освобождаются от своих симптомов и сохраняют тенденцию к образованию новых. Согласно теории РЭТ, инсайт № 1 вводит в заблуждение: суть не в возбуждающих событиях (A) жизни людей, которые якобы вызывают эмоциональные последствия (C), а в том, что люди интерпретируют эти события нереалистично и поэтому у них складываются иррациональные убеждения (B) о них. Настоящая причина расстройств, стало быть, сами люди, а не то, что случается с ними,

хотя и жизненный опыт, безусловно, оказывает некоторое влияние на то, что они думают и чувствуют. Инсайт № 1 должным образом подчеркивается, но пациенту помогают увидеть его эмоциональные проблемы с точки зрения его собственных убеждений, а не с точки зрения прошлых или настоящих возбуждающих событий. Терапевт добивается дополнительного осознания — инсайтов № 2 и № 3.

Эллис поясняет это следующим примером. Пациент испытывает тревогу во время терапевтического сеанса. Терапевт может сосредоточиться на возбуждающих событиях в жизни пациента, которые, по-видимому, вызывают тревогу. Например, пациенту можно показать, что мать постоянно указывала ему на недостатки, он всегда боялся, что учителя будут ругать его за плохие ответы, что он боится разговаривать с авторитетными фигурами, которые могут не одобрить его, и что, следовательно, из-за всех его прежних и настоящих страхов в ситуациях А-1, А-2, А-3, ..., А-n, он *сейчас* испытывает тревогу во время беседы с терапевтом. После такого анализа пациент может убедить себя: «Да, теперь я понимаю, что испытываю тревогу тогда, когда сталкиваюсь с авторитетными фигурами. Неудивительно, что я тревожен даже с собственным терапевтом!». После этого пациент может почувствовать себя значительно лучше и временно избавиться от тревоги.

Однако было бы значительно лучше, если бы терапевт показал пациенту, что тот испытывал тревогу в детстве и продолжает испытывать ее при столкновении с различными авторитетными фигурами не потому, что они авторитетны или имеют какую-то власть над ним, а потому, что он всегда был убежден в том, что его *должны* одобрять и *ужасно*, если какая-нибудь авторитетная фигура не одобряет его, и он будет уязвлен, если его будут критиковать.

При таком подходе тревожный пациент склонится к двум вещам: во-первых, он перейдет от рассмотрения событий А к рассмотрению В — своей иррациональной системы убеждений, во-вторых, он начнет активно разубеждать себя в своих иррациональных установках, вызывающих тревогу. И тогда в следующий раз он станет менее предан этим наносящим ущерб его личности («самопоражающим») убеждениям, когда он столкнется с какой-нибудь авторитетной фигурой.

Следовательно, инсайт № 2 состоит в понимании того, что, хотя эмоциональное расстройство возникает в прошлом, пациент испытывает его *сейчас*, потому что он имеет догматические, иррациональные, эмпирически необоснованные убеждения. Он обладает, как говорит Эллис, магическим мышлением. Эти его иррациональные убеждения сохраня-

ются не потому, что он когда-то в прошлом был «обусловлен», то есть эти убеждения закрепились у него по механизму условной связи и теперь сохраняются автоматически. Нет! Он активно подкрепляет их в настоящем — «здесь и сейчас». И если пациент не примет полной ответственности за сохранение своих иррациональных убеждений, то он не избавится от них.

Инсайт № 3 состоит в осознании того, что только посредством тяжелой работы и практики можно исправить эти иррациональные убеждения. Пациенты осознают, что для освобождения от иррациональных убеждений недостаточно инсайтов № 1 и № 2, — необходимо многократное переосмысление этих убеждений и многократно повторяющиеся действия, направленные на их погашение.

Итак, основной догмат РЭТ состоит в том, что эмоциональные нарушения вызываются иррациональными убеждениями. Эти убеждения иррациональны, потому что пациенты не принимают мир таким, каков он есть. Они обладают магическим мышлением: они настаивают на том, что если в мире нечто существует, то оно должно быть другим, отличным от того, что есть. Их мысли обычно принимают следующую форму утверждений: «Если я хочу чего-то, то это не просто желание или предпочтение, чтобы так было, — так *должно* быть и если это не так, то это ужасно!»

Так, женщина с выраженными эмоциональными расстройствами, которую отверг возлюбленный, не просто рассматривает это событие как *нежелательное*, а считает, что это *ужасно*, что она *не может этого перенести*, что ее *не должны* отвергать, что ее *никогда* не полюбит ни один желанный партнер, что она *недостойный человек*, раз возлюбленный отверг ее, и поэтому она *заслуживает осуждения*.

Как только люди делают себя несчастными, они становятся склонны углублять свое страдание, делая себя несчастными из-за того, что они несчастны. Другими словами, люди преобразовывают отрицательные последствия первичной жесткой установки (C) в активизирующее событие (A) для вторичного иррационального убеждения (B). Люди часто тревожатся по поводу своей тревоги («Ужасно, если я буду нервничать на экзамене!»), испытывают депрессию в связи с депрессией, ощущают чувство вины из-за чувства вины и т. д. Такие когниции бессмысленны и лишены эмпирических оснований. Они могут быть опровергнуты любым исследователем. Рационально-эмотивный терапевт уподобляется ученому, который обнаруживает и опровергает абсурдные идеи.

Эллис считает, что иррациональные идеи имеют глубокие биологические корни и людям трудно отказаться от них. Люди не являются исключительно продуктами социального научения. Патологические симптомы являются результатом биосоциального научения: люди склонны к иррациональным, эмпирически необоснованным идеям не только потому, что они особым образом воспитывались в семье, а прежде всего потому, что они люди.

В РЭТ считается, что среда, особенно родительская семья в детстве, подкрепляет, но не создает тенденцию мыслить иррационально. Родители учат детей отвечать определенным стандартам и прививают им ценности, однако они не требуют от них абсолютного соблюдения норм. Люди сами, *естественным образом* добавляют к социально усвоенным нормам жесткие команды. Иначе они бы редко становились невротиками.

Люди по природе своей как разумны, так и неразумны. С одной стороны, они предрасположены к самосохранению, к размышлению, к креативности; они учатся на ошибках и способны к личностному росту. С другой стороны, они склонны к саморазрушению, к немедленному удовлетворению удовольствий, к откладыванию дел, к повторению одних и тех же ошибок, к суеверию, нетерпимости, перфекционизму и максимализму; они избегают глубоких размышлений и не актуализируют свой потенциал роста.

Поэтому людям трудно отказываться от своих иррациональных идей. Многие психотерапевтические техники оказываются неэффективными, по мнению Эллиса, по следующим соображениям. Психоаналитическая психотерапия, как уже говорилось, вводит в заблуждение: она придает чрезмерное значение «травматическим событиям» вместо того, чтобы подчеркивать значение отношения пациентов к этим событиям. Большинство других терапевтических подходов также концентрируется на А — на возбуждающих событиях в жизни индивида, или на С — на эмоциональных последствиях этих событий, и редко рассматривают В — систему убеждений, которая является важнейшим фактором в возникновении расстройства.

В клиент-центрированной терапии считается, что теплое отношение между терапевтом и пациентом является достаточным условием для эффективного личностного изменения. Сторонники РЭТ считают, что надо безусловно принимать пациентов, но при этом критиковать их и указывать на недостатки в их поведении. Теплота и поддержка часто помогают пациентам жить более «счастливо» с нереалистическими понятиями.

Суггестия малоэффективна, поскольку дает возможность пациентам жить более «успешно» со скрытой негативной самооценкой.

Катарсис, или эмоциональное отреагирование, часто помогает пациентам почувствовать себя лучше, но скорее подкрепляет, чем устраняет их требования.

Классическая десенситизация иногда освобождает пациентов от тревоги и фобий, но не подрывает их фундаментальной философии, которая приводит к тревоге и фобиям.

Эллис считает, что эффективным является активно-директивная, когнитивно-эмотивно-поведенческая «атака» на самопоражающие долженствования и приказания пациентов. Сущностью эффективной психотерапии, согласно РЭТ, является сочетание полной терпимости к пациенту (безусловное его принятие) с борьбой против его самопоражающих идей, черт и поступков.

РЭТ помогает людям сформировать новое мировоззрение, стать более самоактуализирующимися и счастливыми. Эллис перечисляет основные характерные черты хорошо функционирующих, или самоактуализирующихся, людей.

Личный интерес. Прежде всего ценят собственные интересы, хотя готовы жертвовать ими до некоторой степени ради тех, кто для них не безразличен.

Социальный интерес. Заинтересованы в удовлетворении потребностей других людей и в социальном выживании, поскольку большинство людей предпочитают жить в группах или общинах.

Самоуправление. Берут на себя первичную ответственность за свою жизнь.

Толерантность. Предоставляют себе и другим право ошибаться. Даже если им не нравится поведение каких-либо людей, воздерживаются от порицания их как личностей.

Гибкость. Мыслят гибко, готовы к изменениям. Не разрабатывают жестких (ригидных) правил для себя и для других людей.

Принятие неуверенности. Признают, что мир нестабилен и в нем много случайностей. Склонны к поддержанию порядка, но не требуют его.

Обязательство. Имеют обязательства перед чем-то, находящимся за пределами их самих. Достигают максимальной реализации своих возможностей и счастья, испытывая постоянный всепоглощающий интерес к жизни.

Творческий потенциал и оригинальность. Проявляют склонность к новаторству, творчески подходят к решению как каждодневных, так

и профессиональных проблем. Часто имеют по крайней мере один главный творческий интерес.

Научное мышление. Рациональны и объективны. Думая о каком-либо вопросе, придерживаются правил логики, используя научные методы.

Самопринятие. Предпочитают принимать себя безусловно. Не оценивают свой внутренний мир с внешней точки зрения, не уделяют чрезмерного внимания тому, что думают о них другие. Стараются получать удовольствие, а не показывать себя.

Принятие животного начала в человеке. Принимают животную природу самих себя и других людей.

Риск. Готовы пойти на рассчитанный риск, чтобы добиться желаемого. Скорее предприимчивы, чем глупы.

Перспективный гедонизм. Гедонисты в поисках счастья и уклонении от боли, однако поддерживают баланс между перспективой и сиюминутной выгодой. Не одержимы стремлением к немедленному вознаграждению.

Отсутствие утопизма. Считают, что совершенство, возможно, недостижимо. Отказываются нереалистично стремиться к полному счастью или к полному отсутствию отрицательных эмоций.

Высокая фрустрационная толерантность. Изменяют те неприятные условия, которые могут изменить, принимают те условия, которые не могут изменить, и видят различия между ними.

Ответственность за нарушение своего душевного равновесия. Берут на себя большую часть ответственности за возникновение своих расстройств, а не занимают оборонительную позицию, обвиняя других людей или социальные условия.

Психотерапия

Согласно теории РЭТ, эмоциональное расстройство появляется тогда, когда индивиды имеют твердое убеждение в том, что их желания должны быть удовлетворены. Они занимают диктаторскую, догматическую и абсолютистскую позицию: они требуют, они настаивают, они диктуют. Их требования, их диктат сводятся к тому, что они должны добиться успеха; другие люди должны одобрять их. Они настаивают на том, чтобы другие люди относились к ним справедливо. Они диктуют, каким должен быть мир, и требуют, чтобы он был более приемлемым.

Основную цель психотерапии, следовательно, можно сформулировать как *отказ от требований*. В какой-то степени невротическая личность, следуя логике Эллиса, является инфантильной. Нормальные дети в процессе созревания становятся более разумными, они менее настаивают на том, чтобы их желания немедленно удовлетворялись. Рациональный терапевт пытается побудить пациентов к тому, чтобы они *ограничивали до минимума свои требования* и стремились к максимуму терпимости. Итак, рационально-эмотивная терапия стремится к радикальному редуцированию долженствования, перфекционизма (стремления к совершенству), грандиозности и нетерпимости у пациентов.

Выявление иррациональных установок. Приступая к работе над системой убеждений пациента, психотерапевт прежде всего стремится к выявлению его иррациональных установок.

Как мы уже знаем, наличие иррациональных установок означает существование жесткой связи между дескриптивной и оценочной когнициями — связи, предполагающей одновариантное развитие событий. Поэтому выявлению жестких эмоционально-когнитивных схем помогает употребление пациентами слов «надо», «должен», «необходимо». Именно эти слова («тирания долженствования») являются объектом «терапевтических атак». Часто терапевт подводит пациента в беседе к употреблению этих слов, высказывает гипотетические предложения, содержащие эти слова, для того чтобы заставить пациента признать их власть над собой.

Пример

Пациент. Я хочу завершить работу в срок, и поэтому я постоянно напряжен.

Терапевт. У меня впечатление, что вы говорите: «Я *должен* завершить работу в срок», — не так ли?

Для выявления иррациональных установок используется техника «что если».

Терапевт. Предположим, что в результате всего этого случилось худшее и вы разведетесь, и что же тогда произойдет?

Пациент. Я останусь один.

Терапевт. Ну и что в этом плохого?

Пациент. Ничего себе!

Терапевт. А все-таки?

Пациент. А кто же мне поможет, если со мной что-нибудь случится? Это же *ужасно* оказаться зависимым бог знает от кого (*катастрофическая установка*).

После выявления иррациональных установок терапевт приступает к **реконструкции системы убеждений**; воздействие при этом осуществляется на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом.

1. *Воздействие на когнитивном уровне*. При использовании РЭТ терапевт пытается показать пациентам, что лучше отказаться от перфекционизма, если они хотят прожить более счастливую и менее тревожную жизнь. Необходимо научить пациентов осознавать свои «должен», «надо», «следует»; отделять рациональные убеждения от иррациональных (абсолютистских); применять логико-эмпирический метод науки к себе и своим проблемам; принимать действительность, даже если она мрачна. РЭТ учит пациентов оспаривать иррациональные убеждения, заменять их на рациональные.

Основной когнитивной техникой оспаривания является *техника научного опроса*, цель которого — объяснение пациентам, почему их иррациональные убеждения не выдерживают критики. Ниже перечислены вопросы для обсуждения, которые терапевт задает пациентам, а пациенты — сами себе:

- Какое иррациональное убеждение я хочу обсудить и от какого иррационального убеждения я хочу отказаться?
- Могу ли я рационально защищать это убеждение?
- Какие существуют доказательства истинности этого убеждения?
- Какие существуют доказательства ошибочности этого убеждения?
- Почему это ужасно?
- Почему я не могу этого вынести?
- Каким образом это делает меня слабым, никчемным человеком?
- Почему я считаю, что я буду всегда все делать плохо?
- Каким эффективным новым убеждением я могу заменить мое иррациональное убеждение?

В работе с когнициями пациентов диагностическая формула А–В–С дополняется новыми элементами, трансформируясь в терапевтическую формулу А–В–С–Д–Е, где Д — дискуссия (оспаривание иррациональных убеждений), Е — эффективные рациональные убеждения, сменившие прежние, иррациональные.

Эллис приводит следующий пример этой последовательности:

А (событие): Я иду на собеседование и не получаю работу.

В (иррациональные убеждения): «Мне не должны отказывать», «Как ужасно получить отказ!», «Я не перенесу этого!», «Этот отказ

свидетельствует о том, что я ничтожный человек», «Я всегда неправильно держусь во время собеседований, в ходе которых решается вопрос о приеме на работу».

С (нежелательные эмоциональные и поведенческие последствия): Депрессия, тревога, гнев. Отказ идти на другие собеседования, в ходе которых решается вопрос о приеме на работу, плохое функционирование во время собеседования из-за сильной тревоги.

Д (дискутирование по поводу иррациональных убеждений): «Почему мне *не должны* отказывать?», «Почему ужасно получить отказ?», «Почему я не могу вынести этот отказ?», «Почему этот отказ свидетельствует о том, что я ничтожество?», «Почему я считаю, что я *всегда* неправильно держусь во время собеседования?»

Е (эффективные рациональные убеждения *вместо* иррациональных убеждений): «Я предпочел бы иметь эту работу, но нет никаких доказательств того, что я во что бы то ни стало должен получить ее», «Ничто не делает отказ ужасным, хотя я считаю его весьма неприятным», «Я могу выдержать отказ, хотя мне и не нравится получение отказа», «Отказ не свидетельствует о том, что я ничтожный человек, просто он указывает на то, что у меня есть некоторые “неудачные” черты», «Я не должен считать, что я всегда неправильно держусь во время собеседования по приему на работу, тем более что я попробую учиться на своих ошибках».

Показательный эмоциональный эффект: «Я чувствую себя опечаленным, но не угнетенным». *Показательный поведенческий эффект:* «Я отправился на другие собеседования по приему на работу».

При использовании РЭТ применяется *сократовский диалог* между пациентом и врачом, *когнитивный диспут*. Этот прием включает доказательство справедливости иррациональной установки со стороны пациента. Задача психотерапевта состоит в прояснении смысла, в демонстрации ее логической несостоятельности. В процессе такого спора может обнаружиться вторичный выигрыш, который дает сохранение иррациональной установки.

В группе РЭТ поощряет ее членов к дискуссии, к объяснению и выявлению причин неэффективного мышления.

РЭТ учит семантической точности. Например, если пациента отвергают, то это не значит, что его *всегда* будут отвергать; если пациент терпит неудачу, то это не значит, что он не может добиться успеха.

2. *Воздействие на эмоциональном уровне.* Терапевтом используются различные способы драматизации предпочтений и долженствований, чтобы пациенты могли четко различать эти два феномена (другими словами, чем отличается «было бы лучше» от «должно»). С этой целью терапевт

может использовать *рациональную ролевую игру*, чтобы показать пациентам, какие ложные идеи руководят ими и как это влияет на их отношения с другими людьми. Например, Эллис останавливает пациента, испытывающего во время ролевой игры страх, и просит его спросить самого себя: «Что я говорю сейчас такого, что могло бы *заставить* меня встревожиться?» Терапевт может применять *моделирование*, чтобы показать пациентам, как принимать различные идеи. Терапевт использует *юмор*, чтобы довести до абсурда иррациональные мысли. Терапевт использует *безусловное принятие*, показывая пациентам, что он их принимает, несмотря на наличие у них негативных черт, что дает пациентам импульс для принятия себя. Так как многие иррациональные убеждения подразумевают «горячие когниции», которые включают в себя сильно выраженный эмоциональный компонент, требуется убедительное и решительное оспаривание. Поэтому терапевт использует *эмоционально насыщенное разубеждение (энергичное оспаривание)*, приводящее пациентов к отказу от некоторых абсурдных идей и замене их на более разумные понятия.

Терапевт поощряет поведение, связанное с риском: а) предлагает пациентам психотерапевтической группы сказать откровенно одному из ее участников, что они о нем думают; в результате пациенты убеждаются в том, что это на самом деле не так рискованно; б) побуждает пациентов к самораскрытию, предлагая, например, рассказать об отклонениях в их сексуальной жизни; этот опыт убеждает их в том, что другие могут принимать их, несмотря на недостатки; в) предлагает пациентам соприкоснуться со своими «постыдными» чувствами (например, с враждебностью), что дает им возможность раскрыть те мысли, которые предшествуют этим чувствам.

Терапевт может также использовать техники, приносящие чувственные удовольствия, такие как объятия с другими членами группы. Это делается не для получения сиюминутного удовольствия, а для того, чтобы показать пациентам, что они способны совершать приятные действия, на которые прежде никогда бы не решились, ради чистого удовольствия, не испытывая при этом чувства вины, если даже другие не одобряют их за это.

3. *Воздействие на поведенческом уровне.* Поведенческие методы в РЭТ применяются не только для устранения симптомов, но и для изменения когниций пациентов.

Так, склонность пациентов к перфекционизму может быть уменьшена выполнением следующих заданий терапевта: а) пойти на риск (например, попытаться назначить свидание участнику группы друго-

го пола); б) нарочно провалиться при решении какой-либо задачи (например, нарочито плохо выступить перед публикой); в) воображать себя в ситуациях неудачи; г) с энтузиазмом браться за деятельность, которую пациент считает особенно опасной.

Добиться отказа от требований пациентов, чтобы другие обращались с ними справедливо, чтобы миром правили добро и справедливость, можно, предлагая пациентам следующие задания: а) какое-то время пребывать в плохих обстоятельствах и учиться принимать их; б) выполнять трудные задачи (например, поступление в колледж); в) воображать себя в ситуации лишения чего-либо и при этом не чувствовать себя расстроенным; г) позволить себе какую-нибудь приятную деятельность (пойти в кино, встретиться с друзьями) только после выполнения неприятной, но необходимой задачи (урок иностранного языка или завершение отчета для своего шефа).

РЭТ часто использует оперантное обусловливание для отвыкания от дурных привычек (курение, переедание) или изменения иррационального мышления (например, осуждение себя за курение или переедание).

Применение рационально-эмотивной терапии

Назовем сначала проблемы, которые не поддаются лечению в рационально-эмотивной терапии. К таким проблемам относятся следующие: отсутствие контакта с реальностью, выраженное маниакальное состояние, глубокий аутизм, повреждения мозга и выраженные степени умственной отсталости. Больным с этими расстройствами показаны физические методы лечения, уход или поведенческая терапия, основанная на принципах оперантного обусловливания.

РЭТ применяется в следующих случаях: 1) пациенты с плохой приспособляемостью, умеренной тревожностью и с супружескими проблемами; 2) сексуальные нарушения; 3) неврозы; 4) расстройства характера; 5) прогульщики школы, подростки-правонарушители и взрослые преступники; 6) синдром пограничного расстройства личности; 7) психотические пациенты, включая больных с галлюцинациями, когда они в контакте с реальностью; 8) индивиды с легкими формами умственной отсталости; 9) пациенты с психосоматическими проблемами.

Однако не все перечисленные категории больных лечатся с одинаковой эффективностью. Как и при других видах психотерапии, РЭТ наиболее эффективна при мягких расстройствах или в случаях с моносимптомом (например, сексуальная неадекватность).

РЭТ используется также в превентивных целях. Она широко практикуется для решения проблем, связанных с образованием и для профилактики эмоциональных расстройств.

Рационально-эмотивная терапия проводится как в индивидуальной, так и в групповой форме, включая «рациональный энкаунтер», в виде краткосрочного лечения, а также в форме супружеской и семейной терапии.

Индивидуальная терапия. Проводится от 5 до 50 занятий один раз в неделю. Занятие обычно начинается с рассказа пациента о своих расстроенных чувствах (С) на протяжении недели. Терапевт раскрывает, какие возбуждающие события (А) имели место до того, как возникли эти чувства, и помогает пациенту идентифицировать те иррациональные убеждения (В), которые появились у него в связи с возбуждающими событиями. Терапевт учит пациента опровергать свои иррациональные убеждения и часто дает ему домашнее задание, целью которого является приобретение навыков в их опровержении. На следующем занятии терапевт проверяет (иногда с помощью формы-отчета о самопомощи), как пациент на протяжении недели использовал подход РЭТ. Такая работа продолжается до тех пор, пока пациент не только начнет избавляться от симптомов, но и обретет более здоровое, терпимое отношение к жизни.

В частности, РЭТ-терапевт пытается научить пациента: 1) как избавиться от тревоги, чувства вины и депрессии, приняв самого себя как человеческое существо; 2) как уменьшить агрессивность и враждебность, став более терпимым к другим людям, даже если их поведение достойно осуждения; 3) как уменьшить инерцию, прилагая усилия к изменению неприемлемой ситуации, и как повысить низкую фрустрационную толерантность, учась переносить ситуации, которые нельзя изменить.

Групповая терапия. Наблюдая поведение друг друга, участники группы изучают принципы РЭТ и применяют их на практике под наблюдением терапевта. Группа дает возможность проводить тренинг утвердительного поведения. Пациенты участвуют в ролевых играх, учатся взаимодействию с другими людьми, идут на вербальный и невербальный риск, учатся на опыте других.

Одной из разновидностей групповой рационально-эмотивной терапии является разработанный Эллисом так называемый рациональный энкаунтэр. Это марафон, при котором первые несколько часов отводится на выполнение членами группы серии упражнений, направлен-

ных на то, чтобы они сблизились, шли на риск, делились наиболее болезненными и «постыдными» переживаниями, испытывали интенсивные чувства. В течение этих первых часов решение проблем умышленно избегается. Затем, когда участники марафонской группы достаточно сближаются и отказываются от значительного количества психологических защит, они в течение многих часов занимаются анализом эмоциональных проблем, постигая их философские источники и то, как можно изменить себя, изменяя свои когниции.

Краткосрочная терапия. При краткосрочной терапии пациента за 1–10 занятий обучают А–В–С-методу понимания эмоциональной проблемы и ее философских источников и показывают, как надо работать над изменением фундаментальных позиций, лежащих в основе нарушений.

Краткосрочная терапия предназначена прежде всего для пациента, имеющего специфическую проблему, такую как враждебное отношение к начальнику или импотенция. В таких случаях можно полностью «излечиться» за несколько занятий.

Для ускорения терапевтического процесса в РЭТ применяется два приема. Первый прием — запись на магнитофон всего занятия. Эти записи потом прослушиваются пациентами несколько раз дома, по дороге домой, на работе, с тем чтобы более глубоко осознать свои проблемы и рационально-эмотивный способ их решения. Многие пациенты, у которых возникают трудности в восприятии происходящего во время занятия из-за того, что они слишком погружены в себя, легко отвлекаемы или чрезмерно тревожны, получают больше при прослушивании этих записей, чем во время непосредственной встречи с терапевтом. Второй прием — использование формы самопомощи, которая способствует эффективному применению РЭТ-метода при столкновении с эмоциональными проблемами между занятиями или после окончания терапии.

Супружеская и семейная терапия. С начала своего возникновения РЭТ широко использовалась при супружеском и семейном консультировании. Обычно супружеские пары проходят терапию вместе. Терапевт выслушивает жалобы супругов друг на друга, затем пытается показать, что если даже претензии справедливы, то это не является поводом для возникновения эмоциональных расстройств. Работа направлена на то, чтобы уменьшить тревогу, депрессию, чувство вины и особенно — враждебность супругов. Когда пациенты научаются применять принципы РЭТ, они начинают меньше расстраиваться по

поводу своих разногласий, и их совместимость повышается. Иногда, правда, они решают, что им лучше развестись, но обычно решают работать над своими проблемами, чтобы добиться более счастливого супружеского союза. Терапевты обучают их компромиссам, соглашениям, коммуникации и другим видам искусства общения.

При семейной терапии врачи встречаются либо сразу со всеми членами семьи, либо отдельно с детьми или родителями, либо с каждым в отдельности. Родителям показывают, как можно принимать своих детей и не осуждать их, каким бы неприглядным ни казалось их поведение. Детям же показывают, как можно принимать своих родителей и братьев, сестер, какими бы несносными чертами характера они ни обладали и какие бы неблаговидные поступки ни совершали. Пациентам постепенно прививаются принципы терпимости к самому себе и другим, и, когда эти принципы ассимилируются и начинают применяться, семейные отношения улучшаются.

Эллис и его сотрудники написали множество популярных книг и брошюр, предлагаемых пациентам в качестве дополнительной терапии. Вот некоторые названия: «Новый путеводитель по рациональной жизни», «Рациональное консультирование для начинающих», «Как жить со страхом и без него», «Как жить с невротиком», «Путеводитель по успешной супружеской жизни», «Путеводитель по личному счастью», «Как решительно отказаться от того, чтобы делать себя несчастным по поводу всего — да, всего!»

Случай из практики

Приводимый случай заимствован у Эллиса; помимо описания анамнестических данных и сведений о проведенном лечении включаем также протокол первой беседы терапевта с пациенткой. Этот протокол, снабженный комментариями Эллиса, представляет значительный интерес, поскольку отражает процесс рационально-эмотивной терапии, некоторые ее механизмы, а также стиль работы рационального терапевта.

В целом поведение терапевта характеризуется следующими чертами. Между пациентом и терапевтом не существует большой дистанции, терапевт одет неформально и использует свободный язык. Терапевт не озабочен тем, что думают о нем пациенты и вообще другие люди, он более открыт, аутентичен и менее «профессионален», чем среднестатистический терапевт. Основное специфическое оборудование — кассетный магнитофон.

Отношение между пациентом и терапевтом в РЭТ отличается от такового при других видах терапии. Рационально-эмотив-

ный терапевт очень активен, без колебаний высказывает свою точку зрения, отвечает на прямые вопросы о своей личной жизни, много говорит, особенно на первых занятиях, очень энергичен и часто директивен в групповой терапии. В то же время он много объясняет, интерпретирует и «читает лекции». Он может позволить себе быть не слишком теплым по отношению к некоторым пациентам и может легко работать с пациентами, которые ему не нравятся, потому что он больше заинтересован в помощи решения их эмоциональных проблем, чем в личном отношении. Так как рациональные терапевты обнаруживают высокую терпимость ко всем людям, каким бы неприглядным ни было их поведение, то пациенты часто воспринимают их как теплых и заботливых.

Итак, речь идет о 25-летней одинокой женщине, заведующей отделом компьютерного программирования. Данные из ее медицинской карточки: неспособность контролировать эмоции; сильное чувство вины, неуверенности и неполноценности; постоянная депрессия; конфликт между внутренним и внешним Я; переедание; употребление спиртного; прием диетических таблеток.

Анамнез. Сара Р. из ортодоксальной еврейской семьи. Ее мать умерла, когда девочке было два года; воспитывалась любящим, но несколько отстраненным отцом и чрезмерно строгой бабушкой со стороны отца. Она хорошо успевала в школе, но у нее было мало друзей. Хотя Сара была довольно привлекательной, всегда стыдилась своего тела. Редко встречалась с молодыми людьми и в основном была занята своей работой. В 25 лет стала начальником отдела в своей фирме. Отличалась напряженной сексуальностью и несколько раз в неделю занималась мастурбацией, но половая связь с мужчиной у нее была только один раз и то в состоянии алкогольного опьянения. Со студенческих лет она много ела и выпивала. Три года лечилась у психоаналитика, но это не помогло ей. В результате она разочаровалась в психотерапии и пришла на прием к терапевту только по настоянию своего шефа, который очень ценил ее и не хотел больше мириться с ее пьянством.

Первая беседа

Терапевт-1. Итак, с чего вы хотите начать?

Пациентка-1. Я не знаю. Я словно окаменела.

Терапевт-2. Окаменела? От чего?

Пациентка-2. От вас! Вы пугаете меня!

Терапевт-3. Как так? Что я делаю? Очевидно: я не собираюсь взять нож и зарезать вас? Каким же образом я вас пугаю?

Пациентка-3. Наверное, я боюсь того, что могу узнать о самой себе.

Терапевт-4. Ну хорошо, предположим, что вы открываете что-то страшное в себе, — что вы по-глупому ведете себя или что-нибудь другое. Почему это будет ужасным?

Пациентка-4. Потому что я самое главное для себя сейчас.

Терапевт-5. Нет, я не думаю, что это так. Как раз наоборот: вы на самом деле самое ничтожное для себя. Вы готовы оттаскать себя за волосы, если я скажу, что вы поступаете глупо. Если бы вы не были самообвинителем, вас бы не заботило то, что я скажу. А так, если я скажу что-нибудь негативное о вас, вы начнете бить себя немилосердно, не так ли?

Пациентка-5. Да, я так делаю.

Терапевт-6. Хорошо. Вы боитесь на самом деле не меня — вы боитесь собственной критики.

Пациентка-6. *(Вздыхает)* Хорошо.

Терапевт-7. Итак, зачем вам нужно критиковать себя? Допустим, я считаю, что вы — самый плохой человек, которого я когда-либо встречал. Тогда почему вы должны критиковать себя?

Пациентка-7. *(Пауза)* Так надо. Я всегда так делаю. Мне кажется, что я просто дерьмо.

Терапевт-8. Но ведь это не так! Если вы умеете ходить на лыжах или плавать, значит, вы смогли научиться; так же можно научиться не обвинять себя независимо от того, что вы делаете.

Пациентка-8. Я не знаю.

Терапевт-9. Вы не знаете, как.

Пациентка-9. Возможно.

Терапевт-10. У меня впечатление, что вы говорите: «Я *должна* ругать себя, если я что-то делаю не так». Не от этого ли возникает ваша депрессия?

Пациентка-10. Да, я думаю, что это так. *(Молчание)*

Терапевт-11. Что угнетает вас сейчас больше всего?

Пациентка-11. Я не могу точно сказать. Я хочу все изменить. Меня все угнетает.

Терапевт-12. Приведите несколько примеров.

Пациентка-12. Из-за чего у меня депрессия? У меня нет цели в жизни. Я не знаю, кто я. Не знаю, куда я иду.

Терапевт-13. Тогда это означает, что вы не в курсе! *(Пациентка кивает)* Ну а что же страшного в этом? Было бы лучше, если бы вы были в курсе — если бы у вас была цель и вы бы знали, куда идете. Но давайте предположим худшее: до конца жизни у вас нет цели. Почему же *вы* от этого будете плохой?

Пациентка-13. Потому что каждый *должен* иметь цель.

Терапевт-14. Кто вам сказал, что «должен»?

Пациентка-14. Потому что я верю в это. *(Молчание)*

Терапевт-15. Я знаю. Но подумайте немного об этом. Вы же смышленая женщина. Откуда явилось это «должен»?

Пациентка-15. Я не знаю. Мне сейчас трудно соображать. Я очень нервничаю! Извините.

Терапевт-16. Да, но вы *можете* соображать. Разве сейчас вы не говорите про себя: «О, это безнадежно! Я не могу сообразить. Какое я дерьмо, раз я не могу сообразить!» Видите: вы вините себя за это.

Пациентка-16–26. Расстраивается из-за того, что она реагирует недостаточно хорошо, но терапевт показывает ей, что это не столь важно, и успокаивает ее.

Пациентка-27. Я не могу представить, что можно жить без цели!

Терапевт-28. Но люди в большинстве живут без цели!

Пациентка-28. *(Зло)* Ну и отлично! Значит, и я смогу обойтись без этого!

Терапевт-29. Нет, минуточку! Вы шарахнулись из одной крайности в другую. Вы высказали одну здоровую мысль и одну нездоровую. Теперь, если бы вы смогли различить эти две мысли — а вы в состоянии это сделать, — то вы решили бы проблему. То, что вы на самом деле имеете в виду, звучит так: «*Было бы лучше,* если бы у меня была цель, потому что я была бы счастливее». Не так ли?

Пациентка-29. Да.

Терапевт-30. Но затем вы магически перепрыгнули к «следовательно, *я должна!»* Теперь вы видите разницу между «было бы лучше, если бы у меня была цель» и «я должна, я обязана, мне следует»?

Пациентка-30. Да, я вижу.

Терапевт-31. В чем же тогда разница?

Пациентка-31. *(Смеется)* Я это сказала просто для того, чтобы согласиться с вами.

Терапевт-32. Так будет мало пользы. Если вы будете соглашаться со мной, то вы уйдете от меня с тем, с чем пришли!

Пациентка-32. *(Смеется с пониманием)*

Терапевт-33. Вы способны думать. Пора прекратить отступать, отказываться думать — это то, что вы делали на протяжении жизни, поэтому вы и больны. Давайте снова вернемся к этому: «было бы лучше, если бы у меня была цель в жизни». Можно обосновать, почему это было бы лучше. Это слишком очевидно. А теперь, почему заявление «я должна делать то, что было бы лучше» является магическим?

Пациентка-33. Вы имеете в виду, почему я так чувствую?

Терапевт-34. Нет, нет. Это убеждение. Вы чувствуете так, потому что вы убеждены в этом.

Пациентка-34. Да.

Терапевт-35. Если бы вы были убеждены в том, что вы — кенгуру, то вы прыгали бы вокруг и чувствовали себя, как кенгуру. Чувства приходят от ваших убеждений. Теперь я временно забываю

о ваших чувствах, потому что мы не можем изменить чувства, не изменив сначала ваши убеждения. Итак, я стараюсь показать вам: у вас два убеждения; одно — «было бы лучше, если бы у меня была цель в жизни». Вы согласны?

Пациентка-35. *(Кивает)*

Терапевт-36. И это совершенно разумно. Мы можем доказать это. Второе — «следовательно, я должна делать то, что было бы лучше». Итак, мы имеем два различных заявления. Первое, как я сказал, — здоровое, потому что мы можем доказать это. Оно имеет отношение к действительности. Мы можем перечислить преимущества от обладания целью — для любого человека, не только для вас. Но второе утверждение — безумное. Почему оно безумно?

Пациентка-36. Я не считаю его безумным.

Терапевт-37. Кто вам сказал, что вы *должны?*

Пациентка-37. Я не знаю, откуда это пошло! Кто-то сказал.

Терапевт-38. Кто бы это ни сказал, он был пьян!

Пациентка-38. *(Смеется)* Отлично.

Терапевт-39. Я вам скажу сейчас, что такое эмоциональное нарушение: вера в «должен» вместо «было бы лучше». Представьте, вы говорите: «Я хотела бы, чтобы у меня сейчас в кармане лежал доллар», а у вас было бы только девяносто центов. Что бы вы чувствовали?

Пациентка-39. Я бы не слишком расстроилась.

Терапевт-40. Да, вы были бы только чуточку разочарованы. *Было бы лучше* иметь доллар. А теперь представьте, что вы говорите: «Я должна всегда иметь в кармане доллар», и обнаруживаете, что у вас только девяносто центов. Как вы теперь будете чувствовать себя?

Пациентка-40. Я была бы страшно расстроена согласно вашей логике.

Терапевт-41. Но не потому, что у вас только девяносто центов.

Пациентка-41. А потому, что я думаю, что я должна иметь доллар.

Терапевт-42. Правильно! Должна. Более того, давайте продвинемся еще на один шаг. Представьте, что вы говорите: «Я должна иметь всегда доллар в кармане» и обнаруживаете, что у вас доллар и десять центов. Как вы теперь будете чувствовать себя?

Пациентка-42. Думаю, что превосходно!

Терапевт-43. Нет, вы почувствуете тревогу!

Пациентка-43. *(Смеясь)* Вы имеете в виду, что у меня возникнет чувство вины: «Что мне делать с лишними деньгами»?

Терапевт-44. Нет.

Пациентка-44. Извините, я не улавливаю.

Терапевт-45. Потому что вы не думаете! Подумайте, если вы говорите: «Я *должна* иметь доллар», а у вас доллар и десять центов, будете ли вы тревожны? Любой будет тревожен. А почему?

Пациентка-45. Потому что это нарушает долженствование. Это нарушает правило, которое они считают важным.

Терапевт-46. Да, и это относится не только к настоящему. Люди могут легко потерять двадцать центов. И это будет их тревожить. Потому что «должен» значит «все время я должен...».

Пациентка-46. Кажется, я понимаю теперь, что вы имеете в виду! Они могли бы потерять часть денег и поэтому постоянно чувствуют неуверенность.

Терапевт-47. Вот! Тревога возникает из долженствования.

Пациентка-47. *(Долгое молчание)* Почему вы создаете такое напряжение в самом начале?

Терапевт-48. Я думаю, что я этого не делаю. Я вижу сотни людей, и вы одна из немногих, кто сами провоцируют в себе тревогу. Вы вносите свои долженствования во все, включая эту ситуацию. Каждый раз, когда вы испытываете тревогу, вы заменяете «было бы лучше» на «должен». В этом суть эмоционального нарушения! Очень просто. И теперь, почему я должен тратить ваше время и говорить о вещах, не относящихся к делу?

Пациентка-48. Возможно, я лучше бы поняла ваши объяснения, если бы не была так напряжена в начале.

Терапевт-49. Но тогда, если я начну гладить вас по голове, вы до конца своей жизни будете считать, что вас должны гладить по голове. В этом еще одно долженствование. «Он должен поддерживать меня и объяснять не торопясь, чтобы такое дерьмо, как я, успевала понимать. Но если он будет спешить и заставлять меня думать, то, о ужас, я сделаю ошибку!» Не верьте в это дерьмо! Вы в состоянии понимать то, о чем я говорю, если перестанете думать о совершенном выполнении. «Я все должна выполнять совершенно» — вот о чем вы постоянно думаете, сидя здесь. С какой стати вы должны любое дело выполнять в совершенстве?

Пациентка-49. Я не люблю казаться бестолковой!

Терапевт-50. Нет, дело не в этом. Сейчас вы обманываете себя. Потому что опять вы сказали одну здоровую мысль и одну нездоровую. Здоровая: «Я не люблю казаться бестолковой, потому что лучше быть сообразительной». Но затем вы сразу перепрыгнули к нездоровой мысли: «Ужасно, если я оказываюсь бестолковой, — я должна быть сообразительной».

Пациентка-50. Да.

Терапевт-51. Тот же самый вздор! Всегда одно и то же! Если вы заметите в себе этот вздор и перестанете твердить: «О, какая же я бестолковая! Он презирает меня! Лучше мне умереть!» — тогда вам сразу станет лучше.

Пациентка-51. *(Смеясь)* Вы как будто бы слышите эти глупые мысли в моей голове.

Терапевт-52. Совершенно верно! У вас должны быть эти мысли, потому что у меня есть хорошая теория. И согласно моей теории, эти сумасшедшие мысли предшествуют эмоциональным расстройствам.

Пациентка-52. У меня не было ни малейшего представления о том, чем вызвано мое расстройство.

Терапевт-53. Нет, у вас было представление. Я только что говорил вам.

Пациентка-53. Да, да, я знаю!

Терапевт-54. Так в чем же причина вашего расстройства? Скажите мне.

Пациентка-54. Я расстроена, потому что... Роль, в которой я себя представляла, когда пришла сюда *(Смеется почти весело)* и что я должна буду делать... И благодаря вам все это рухнуло. И мне это не нравится.

Терапевт-55. «И разве не ужасно, что я не смогла показать себя! Если бы я давала ему быстрые и правильные ответы, он бы просиял от счастья и сказал: “Какая сообразительная женщина!” — и тогда все было бы хорошо».

Пациентка-55. *(Смеется с пониманием юмора)* Конечно!

Терапевт-56. Дерьмо все это! Вы были бы также расстроены, как и сейчас. Это бы нисколько не помогло вам! Фактически вы стали бы еще более рехнувшейся. Потому что вы ушли бы отсюда с той же самой философией, с которой и пришли сюда: «Что, когда я делаю что-нибудь хорошо и люди гладят меня по голове и говорят, какая я замечательная женщина, тогда все прекрасно!» Это глупая философия! Потому что, если, допустим, я безумно полюбил вас, следующий человек, с которым вы будете разговаривать, может возненавидеть вас. Хотя бы потому, что я люблю карие глаза, а он голубые. И тогда вам конец. Потому что вы думаете: «Меня должны принимать! Я должна быть сообразительной!» С какой стати?

Пациентка-56. *(Спокойно и рассудительно)* Верно.

Терапевт-57. Теперь понятно?

Пациентка-57. Да.

Терапевт-58. Если вы запомните этот урок, наша встреча будет весьма полезна для вас. Потому что вы не должны расстраивать себя. Как я сказал прежде, если я думаю, что вы последнее дерьмо на свете, то это мое мнение и я имею право на него. Но превращает ли это вас в кусок дерьма?

Пациентка-58. *(Молчание с раздумьем)*

Терапевт-59. Превращает?

Пациентка-59. Нет.

Терапевт-60. А что же превращает вас в дерьмо?

Пациентка-60. Мысли о том, что вы так думаете обо мне.

Терапевт-61. Вот именно! Ваше *убеждение,* что вы дерьмо. Но вам не нужно верить в это. Я контролирую мои мысли — мое

убеждение относительно вас. Но это не должно отражаться на вас. Вы всегда контролируете то, что вы думаете. Но вы полагаете, что это не так. Давайте вернемся к депрессии. Депрессия, как я уже говорил, происходит из самобичевания. За что вы бичуете себя?

Пациентка-61. Потому что я не могу жить в согласии... есть конфликт в том, что люди, по-видимому, думают обо мне, и тем, что я думаю о себе.

Терапевт-62. Правильно.

Пациентка-62. И видимо, не стоит винить в этом других людей. Возможно, я претендую на роль лидера. Но между прочим, я чувствую как раз сейчас, что всю жизнь я принуждала себя быть не тем, кто я есть, и чем старше я становлюсь, тем труднее мне сохранять этот фасад, эту внешность... облицовка становится все тоньше и тоньше, и я уже больше не справляюсь с этим.

Терапевт-63. Да, но... Боюсь, что вы не совсем правы. Потому что, как это ни странно, происходит как раз обратное. Вы верите в то, что роль лидера — это ваша роль. Правильно?

Пациентка-63. Да.

Терапевт-64. И они думают, что вы выполняете ее?

Пациентка-64. Обычно да.

Терапевт-65. Выходит, что они правы.

Пациентка-65. Да, но мне приходится все больше тратить сил.

Терапевт-66. Потому что вы ничем другим не занимаетесь. Ведь вы отвечаете их ожиданиям в отношении себя. Иначе они не считали бы вас лидером, если бы вы не вели себя как лидер. Следовательно, вы отвечаете их ожиданиям, но вы не отвечаете вашим идеалистическим и непрактическим ожиданиям в отношении лидерства.

Пациентка-66. *(Близка к слезам)* Думаю, что нет.

Терапевт-67. Видите ли, это спорный вопрос. С их точки зрения, у вас с работой все в порядке. Но вы ведь не ангел, вы не совершенство. Но вы должны им быть, чтобы стать настоящим лидером. Следовательно, вы не настоящий лидер, а бутафория. Понимаете? Теперь, если вы откажитесь от ваших безумных ожиданий и вернетесь к ожиданиям других, вам не придется беспокоиться. Потому что, с их точки зрения, вы делаете все как надо и отвечаете их ожиданиям. Вы думаете про себя: «Я должна быть настоящим лидером в моих глазах, быть совершенной. Если я и удовлетворяю других, но знаю при этом, что выполнила какое-то дело хуже, чем я обязана, тогда я дрянь. Потому что я только притворяюсь перед ними, что я не дрянь, а на самом деле — дрянь!»

Пациентка-67. *(Смеется, затем серьезно)* Верно!

Терапевт-68. Но это все из-за ваших глупых ожиданий, а вовсе не из-за других людей. И что странно, вы, несмотря на разные препятствия — депрессию, самобичевание, — удивительно хорошо справляетесь на работе. Представьте, каких успехов вы могли

бы достичь без этих дурацких препятствий! Поймите, вы удовлетворяете их, но тратите много времени и энергии, бичуя себя. Вообразите, сколько бы вы успели сделать без самобичевания! Понятно это?

Пациентка-68. *(С убежденностью)* Да!

Комментарий А. Эллиса

Невзирая на то какие чувства выражает пациентка, терапевт пытается подвести ее к иррациональным мыслям, которые лежат в основе этих чувств, прежде всего к ее катастрофическим мыслям о том, что будет *ужасным,* если кто-нибудь, включая терапевта, не будет любить ее.

Терапевт без колебаний противоречит пациентке, приводя доказательства из ее собственной жизни или из своего знания людей.

Обычно терапевт опережает пациентку на один шаг, например говорит ей, что она самообвинитель, еще до того, как она сама назвала себя так. Опираясь на теорию РЭТ, согласно которой ее мышлением управляют долженствования, когда она испытывает тревогу, депрессию или чувство вины, он заставляет ее принять эти долженствования, а затем «атакует» их (Т-14, Т-15).

Терапевт использует философский подход. «Предположим, — говорит он по своему обыкновению — что произошло самое плохое и вы на самом деле поступили плохо и другие презирают вас, будете ли вы тем не менее плохой?» (Т-13). Он полагает, что если убедить пациентку в том, что никакое ее поведение, каким бы отвратительным оно ни было, не порочит *ее,* то он поможет ей достигнуть глубокого личностного изменения.

Стресс пациентки не смущает терапевта (П-15), он едва ли сочувствует ей, но использует ее чувства, чтобы показать, что и сейчас она продолжает верить в глупые мысли и тем самым расстраивает себя. Терапевт не занимается анализом ее «трансферентных» чувств. Он интерпретирует *мысли,* которые стоят за ее чувствами, показывает, почему эти мысли являются самопоражающими. Он показывает также, почему его сочувствие могло бы только подкрепить, а не изменить ее «философию требований».

Терапевт довольно суров с пациенткой, но он также показывает полное принятие и демонстрирует веру в ее способности, настаивая на том, что она может лучше думать и вести себя, если прекратит самобичевание (Т-20, Т-33).

Он не просто говорит пациентке о том, что ее мысли иррациональны, терапевт стремится к тому, чтобы она сама увидела это. Однако иногда он объясняет некоторые психологические процессы, например что ее чувства рождаются из ее мышления (Т-35, Т-62).

Терапевт намеренно пользуется сильными выражениями (Т-16, Т-50, Т-52, Т-57, Т-59). Это делается, во-первых, для того, чтобы

раскрепостить пациентку, во-вторых, показать, что, хотя он и является специалистом, он тоже приземленное существо, и, в-третьих, воздействовать на нее эмоциональным шоком, чтобы его слова произвели более драматичный эффект. Заметьте, что в этом случае пациентка первая называет себя «дерьмом» (П-7).

Хотя он не сочувственно относится к мыслям пациентки, на самом деле он эмпатичен, внимательно прислушивается к тому, что она говорит про себя. Терапевт сосредоточивается на невербализованных понятиях пациентки (ее негативных мыслях о себе и о мире), а не на внешних чувствах (на ее восприятии, что она плохо выполняет что-либо или что другие обижают ее).

Терапевт постоянно проверяет, правильно ли пациентка понимает то, чему он ее учит (Т-59, Т-61), и может ли она повторить это своими словами.

Хотя очевидно, что речь идет о значительном диалоге, однако терапевт (и это характерно для первых занятий) в основном говорит и объясняет. Он предоставляет ей много возможностей выразить себя, но использует ее ответы в качестве отправных пунктов для дальнейшего обучения. Временами терапевт почти что читает лекции своей пациентке. Но он пытается сделать каждую такую лекцию короткой и острой, адресует ее к конкретным проблемам и чувствам.

Лечение

Пациентка получила 6 занятий индивидуальной терапии, проведенных по типу описанного, затем — 24 недели групповой терапии и участвовала в одном рациональном энкаунтере.

Когнитивный аспект. Пациентке неоднократно показывали ее центральную проблему: она искренне верила, что *должна быть* почти совершенной и *не должна* получать критику от значимых других. Ее учили воздерживаться от оценки своего Я и оценивать только исполнение; ее учили не презирать себя, даже если она не избавится от переедания, компульсивного пьянства и других своих симптомов; ее учили понимать, что было бы весьма желательным, но не обязательным, чтобы у нее были интимные отношения с мужчиной и чтобы она получала одобрение от сверстников и начальников на работе; ее учили принять себя со своей враждебностью и затем отказаться от своих детских требований к другим, невыполнение которых и являлось причиной ее враждебности к ним.

Поначалу пациентка искренне верила в то, что она и другие *должны быть* чрезвычайно эффективны и следовать строгим правилам дисциплины, и время от времени сопротивлялась атакам терапевта и членов группы на ее моралистические «должно». Однако постепенно ее побудили заменить «должно» как в ее лексиконе, так и в убеждениях на «было бы лучше». Она заявила, что полностью отказалась от своей религиозной ортодоксальности,

но пациентке показали, что она просто заменила ее на чрезмерные требования к своей личной жизни и к общественным делам, но в конце концов побудили отказаться и от этого.

Эмоциональный аспект. Сара была полностью принята терапевтом *как личность,* хотя он и с жаром набрасывался на многие ее идеи и иногда с юмором доводил их до абсурда. Некоторые члены группы вступали с ней в резкую конфронтацию: выговаривали за осуждение других членов группы за их глупость и отлынивания от работы, но помогли тем не менее установить пациентке связи с этими людьми, несмотря на их недостатки. Терапевт и некоторые участники группы в разговоре с ней использовали крепкие выражения, которые ей поначалу не нравились, но которые позднее она до некоторой степени начала употреблять сама. Когда у нее возник алкогольный запой на несколько недель и она чувствовала сильную депрессию и безнадежность, двое участников группы вынесли на обсуждение свои собственные прежние проблемы, связанные с алкоголем и наркотиками, и показали, как смогли справиться с этим. Другой участник группы оказывал ей постоянную поддержку частыми звонками и визитами. Иногда, когда она замолкала или сидела мрачная, терапевт и другие в группе заставляли ее говорить, выражать свои настоящие чувства. Преодолевая защиту пациентки, они применяли РЭТ-анализ и вскрывали ее нерациональные мысли (особенно мысли о том, что она будет сильно задета, если ее отвергнут) и обсуждали, как эти мысли можно искоренить. Во время марафона она смогла впервые в своей жизни по-настоящему эмоционально увлечься мужчиной, и это помогло ей сломать барьеры к интимности и любви.

Поведенческий аспект. Сара получала домашние задания, которые включали разговоры с привлекательными мужчинами в общественных местах, что давало ей возможность преодолеть страх отвержения. Ее научили держать долгосрочную диету, награждая себя только приятными переживаниями (такими, как прослушивание классической музыки) после нескольких часов воздержания. С помощью ролевой игры с терапевтом и другими членами группы она прошла тренинг утвердительного поведения.

Результаты. Благодаря сочетанию индивидуальной и групповой терапии и комбинации когнитивного, эмоционального и поведенческого подходов Сара добилась следующих результатов: 1) она совершенно перестала пить, потеряла 25 фунтов; 2) она стала значительно меньше осуждать и себя и других и начала заводить близких друзей; 3) у нее были удовлетворительные сексуальные отношения с тремя разными мужчинами, и у нее установились стабильные отношения с одним из них; 4) она редко испытывает чувство вины или депрессию, принимает себя со своими недостатками и начала больше сосредоточиваться на радостях жизни, чем на оценке своего Я.

Катамнез. Пациентка проходила рационально-эмотивную терапию на протяжении шести месяцев, и после этого в течение года устраивались эпизодические занятия. Через год после начала занятий она вышла замуж. Через два с половиной года после окончания терапии Сара и ее муж сообщили, что у них все хорошо. Муж связывает это с тем, что Сара продолжает постоянно работать над собой.

Когнитивная терапия

Основная концепция

Когнитивная терапия создана Аароном Беком в 1960-х гг. В предисловии к известной монографии «Когнитивная терапия и эмоциональные расстройства» Бек заявляет о своем подходе как о принципиально новом, отличном от ведущих школ, посвятивших себя изучению и лечению эмоциональных нарушений — традиционной психиатрии, психоанализа и поведенческой терапии. Эти школы, несмотря на существенные различия, разделяют общее фундаментальное допущение: пациента терзают скрытые силы, над которыми он не властен. Традиционная психиатрия ищет биологические причины, такие как биохимические и неврологические аномалии, и использует лекарства и другие средства для ослабления эмоционального расстройства.

Психоанализ объясняет невроз подсознательными психологическими факторами: подсознательные элементы укрыты психологическими покровами, сквозь которые можно проникнуть лишь с помощью психоаналитических толкований. Поведенческая терапия рассматривает эмоциональное нарушение с точки зрения случайных условных реакций, возникших ранее в жизни пациента. Согласно бихевиористской теории, для устранения этих условных рефлексов недостаточно простого знания пациента о них или его желания — требуется выработка «условных контррефлексов» под руководством компетентного поведенческого терапевта.

Итак, представители этих трех ведущих школ утверждают, что источник расстройства пациента находится вне его сознания. Они мало обращают внимания на сознательные понятия, конкретные мысли и фантазии, то есть *когниции*. Новый подход — когнитивная терапия — полагает, что к эмоциональным расстройствам можно подойти совер-

шенно другим путем: ключ к пониманию и решению психологических проблем находится в сознании пациентов.

Когнитивная терапия предполагает, что проблемы пациента вытекают главным образом из неких искажений реальности, основанных на ошибочных предпосылках и допущениях. Эти неправильные представления возникают в результате неправильного научения в процессе познавательного, или когнитивного, развития личности. Отсюда легко вывести формулу лечения: терапевт помогает пациенту отыскать искажения в мышлении и научиться альтернативным, более реалистическим способам восприятия своего опыта.

Когнитивный подход к эмоциональным расстройствам изменяет отношение человека к самому себе и своим проблемам. Отказавшись от представлений о себе как о беспомощном порождении биохимических реакций, слепых импульсов или автоматических рефлексов, человек получает возможность увидеть в себе существо, склонное рождать ошибочные идеи, но и способное *отучиться* от них или исправить их. Только определив и исправив ошибки мышления, он может создать для себя жизнь с более высоким уровнем самоосуществления.

Главная концепция когнитивной терапии состоит в том, что решающим фактором для выживания организма является переработка информации. Мы не смогли бы выжить, если бы у нас не было функционального аппарата для приема информации из окружающей среды, синтезирования ее и планирования действий на основе этого синтеза.

При различных психопатологических состояниях (тревога, депрессия, мания, параноидное состояние, обсессивно-компульсивный невроз и др.) на переработку информации оказывает влияние *систематическое предубеждение*. Это предубеждение специфично для различных психопатологических расстройств. Другими словами, мышление пациентов тенденциозно. Так, депрессивный пациент из информации, предоставляемой окружающей средой, выборочно синтезирует темы потери или поражения. А у тревожного пациента имеется сдвиг в направлении тем опасности.

Этим когнитивным сдвигам способствуют специфические позиции, которые располагают людей в определенных жизненных ситуациях тенденциозно интерпретировать свой опыт. Например, человек, для которого идея возможности внезапной смерти имеет особое значение, может, пережив угрожающий жизни эпизод, начать интерпретировать нормальные телесные ощущения как сигналы наступающей смерти, и тогда у него разовьются приступы тревоги.

Когнитивный сдвиг можно по аналогии представить как компьютерную программу. Каждое расстройство имеет свою специфическую программу. Программа диктует вид вводимой информации, определяет способ переработки информации и результирующее поведение. При тревожных расстройствах, например, активируется «программа выживания»: индивид из потока информации выбирает «сигналы опасности» и блокирует «сигналы безопасности». Результирующее поведение будет состоять в том, что он будет чрезмерно реагировать на относительно незначительные стимулы как на сильную угрозу и будет отвечать избеганием.

Активированная программа ответственна за *когнитивный сдвиг* в переработке информации. Нормальная программа правильно отобранных и проинтерпретированных данных заменяется «тревожной программой», «депрессивной программой», «панической программой» и т. д. Когда это случается, индивид испытывает симптомы тревоги, депрессии или паники.

Стратегии и техники когнитивной терапии предназначены для дезактивации таких дезадаптивных программ, для сдвига аппарата переработки информации (когнитивного аппарата) в более нейтральное положение.

У каждого человека в когнитивном функционировании имеется свое слабое место — «когнитивная уязвимость», которая располагает его к психологическому стрессу. Эти «уязвимости» относятся к структуре личности.

Личность формируется *схемами*, или когнитивными структурами, которые представляют собой базальные убеждения (позиции). Эти схемы начинают формироваться в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими. Люди формируют концепции о себе, других, о том, как функционирует мир. Эти концепции подкрепляются дальнейшим опытом научения и, в свою очередь, влияют на формирование других убеждений, ценностей и позиций.

Схемы могут быть адаптивными или дисфункциональными. Схемы являются устойчивыми когнитивными структурами, которые становятся активными, когда включаются специфическими стимулами, стрессорами или обстоятельствами.

У пациентов с пограничными личностными расстройствами имеются так называемые ранние негативные схемы, ранние негативные ядерные убеждения. Например, «со мной происходит что-то неладное», «люди должны поддерживать меня и не должны критиковать, не

соглашаться со мной или неправильно понимать меня». При наличии таких убеждений у этих людей легко возникают эмоциональные расстройства.

Другое частое убеждение было названо Беком «условным предположением». Такие предположения, или позиции, начинаются с «если». Два условных предположения, часто отмечаемых у пациентов, склонных к депрессии: «Если я не добьюсь успеха во всем, что я делаю, никто не будет уважать меня»; «Если человек не любит меня, значит, я недостоин любви». Такие люди могут функционировать относительно хорошо до тех пор, пока не испытают поражения или отвержения. После этого они начинают считать, что никто не уважает их или что они недостойны любви. В большинстве случаев такие убеждения можно рассеять в краткосрочной терапии, однако если они составляют ядро убеждений, то требуется более длительное лечение.

Когнитивные модели эмоциональных и личностных расстройств

Когнитивная модель депрессии. А. Бек описывает когнитивную триаду при депрессии.

1. Негативное представление о себе. Депрессивный индивид воспринимает себя как неприспособленного, никчемного, отверженного.
2. Негативный взгляд на мир. Депрессивный индивид убежден в том, что мир предъявляет чрезмерные требования к человеку и воздвигает непреодолимые барьеры на пути к достижению целей. Мир лишен удовольствия и удовлетворения.
3. Нигилистический взгляд на будущее. Депрессивный индивид убежден в том, что переживаемые им трудности непреодолимы. Эта безнадежность нередко приводит его к суицидным мыслям.

Когнитивная модель тревожных расстройств. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей.

Восприятие опасности тревожным пациентом основано на ложных предположениях или оно чрезмерно, в то время как нормальная реакция основана на более точной оценке риска и размеров опасности. Кроме того, нормальные индивиды могут контролировать свое неправильное восприятие, используя логику и очевидность. Тревожные индивиды ис-

пытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности. Таким образом, в случаях тревоги когнитивное содержание вращается вокруг темы опасности и индивид склонен преувеличивать вероятность вреда и уменьшать свою способность к совладанию.

Мания. Предубежденное мышление маниакального пациента противоположно депрессивному. Такие индивиды избирательно воспринимают преимущества всякого жизненного опыта, блокируя негативный опыт или интерпретируя его как позитивный и нереалистично, ожидая благоприятных результатов. Преувеличение способностей, достоинств и достижений приводит к чувству эйфории. Постоянная стимуляция, идущая от завышенной самооценки и чрезмерно оптимистических ожиданий, обеспечивает огромные источники энергии и вовлекает маниакального индивида в постоянную деятельность, направленную на достижение цели.

Когнитивная модель панического расстройства. Пациенты с паническим расстройством склонны рассматривать любой необъяснимый симптом или ощущение как признак неминуемой катастрофы. Главной чертой людей с паническими реакциями является наличие убеждения в том, что их витальные системы — кардиоваскулярная, респираторная, центральная нервная — потерпят крах. Из-за своего страха они постоянно прислушиваются к внутренним ощущениям и поэтому замечают и преувеличивают ощущения, которые проходят незамеченными у других людей.

Пациенты с паническими расстройствами имеют специфический *когнитивный дефицит*: они не способны реалистически воспринимать свои ощущения и катастрофически их интерпретируют.

Пациенты, у которых был один или несколько приступов паники в конкретной ситуации, начинают избегать этих ситуаций. Предчувствие такого приступа запускает множество вегетативных симптомов, которые затем неправильно интерпретируются как признаки неминуемого несчастья (сердечного приступа, потери сознания, удушья), что может привести к полному разворачиванию панического приступа. У пациентов с паническим расстройством часто развивается *агорафобия*. Они в конце концов не покидают своего дома или так ограничивают свою деятельность, что не могут отходить далеко от дома и нуждаются в сопровождаемом.

Когнитивная модель фобии. При фобиях имеется предчувствие физического или психологического ущерба в специфических ситуа-

циях. Если пациент в состоянии избежать подобной ситуации, он не ощутит угрозы и сохранит спокойствие. Если же он попадет в такую ситуацию, то почувствует субъективные и физиологические симптомы тревоги.

Страх перед отдельными ситуациями основан на преувеличенном представлении пациента об особых пагубных свойствах этих ситуаций. Так, пациент с фобией тоннелей испытывает страх перед крушением в тоннеле и собственной смертью от удушья; другого пациента будет ужасать возможность наступления острого, смертельно опасного заболевания, если ему вовремя не окажут помощь.

При *оценочных фобиях* имеется страх неудачи в социальных ситуациях, на экзамене или в публичном выступлении. Поведенческие и физиологические реакции на потенциальную «опасность» (отвержение, недооценка, неудача) могут мешать функционированию пациента до такой степени, что способны вызывать как раз то, чего боится пациент.

Когнитивная модель параноидных состояний. Параноидный индивид приписывает другим людям предубедительное отношение к себе. Другие люди преднамеренно оскорбляют, вмешиваются, критикуют. В отличие от депрессивных пациентов, которые считают, что предполагаемые оскорбления или отвержение справедливы, параноидные пациенты считают, что другие третируют их несправедливо.

В отличие от депрессивных пациентов параноидные не отличаются низкой самооценкой. Они больше озабочены несправедливостью предполагаемых нападок и вторжений, чем действительными потерями.

Когнитивная модель обсессий и компульсий. Пациенты с обсессиями подвергают сомнению ситуации, которые большинством людей считаются безопасными. Сомнение обычно касается ситуаций, которые являются потенциально опасными.

Обсессивные пациенты постоянно сомневаются, совершили ли они действие, необходимое для безопасности (например, выключили ли газовую плиту, заперли ли на ночь дверь, они могут бояться микробов). Никакое разубеждение не устраняет страха.

Главная их черта — чувство ответственности и убеждение, что они ответственны за совершение действия, которое может повредить им и их близким.

Компульсивные пациенты предпринимают попытки уменьшить чрезмерные сомнения, выполняя ритуалы, предназначенные для нейтрализации и предупреждения несчастья. Компульсивное мытье рук,

например, основывается на убеждении пациента, что он не устранил всю грязь со своего тела.

Когнитивная модель истерии. При истерии пациент убежден, что у него имеется соматическое расстройство. Так как воображаемое расстройство не смертельно, он склонен принимать его без особой тревоги. Пациенты, страдающие фобией, по существу являются «сенсорными фантастами», то есть они воображают себе какую-то болезнь, а затем испытывают сенсорное ощущение как доказательство, подтверждающее наличие этой болезни. Пациент, как правило, ощущает сенсорные или моторные аномалии, которые соответствуют его ошибочному представлению об органической патологии.

Когнитивная модель нервной анорексии. Нервная анорексия и булимия представляют констелляции дезадаптивных убеждений, которые вращаются вокруг одного центрального предположения: «Вес и форма моего тела определяют мою ценность и мою социальную приемлемость». Вокруг этого предположения вращаются, например, такие убеждения: «Я буду безобразной, если буду больше весить», «Единственная вещь в моей жизни, которую я могу контролировать, — это мой вес» и «Если я не буду голодать, я начну полнеть — а это катастрофа!».

Пациенты с нервной анорексией обнаруживают типичное искажение в переработке информации. Они неправильно интерпретируют симптомы наполнения желудка после приема пищи как признаки того, что они полнеют. Кроме того, они неправильно воспринимают свой образ в зеркале или на фотографии как более объемный, чем есть на самом деле.

Когнитивная модель расстройств личности. В основе нарушенной личности лежит генетическая предрасположенность и полученный опыт научения. Каждое нарушение личности характеризуется базисным убеждением и соответствующей поведенческой стратегией (А. Бек и коллеги). Описание базисных убеждений (схем) и поведенческих стратегий при различных типах нарушений личности приводится в табл. 8.1.

При каждом расстройстве личности можно обнаружить как чрезмерно развитые, так и слаборазвитые стратегии. Например, при параноидном расстройстве недоверие является чрезмерно развитой стратегией, а доверие — слаборазвитой. Дисфункциональные схемы, характерные для нарушений личности, являются чрезвычайно стойкими, поэтому когнитивное реструктурирование занимает у этих пациентов больше времени и предполагает более глубокое исследование происхождения схем, чем у пациентов с эмоциональными нарушениями.

Таблица 8.1. Базисные убеждения и соответствующие им поведенческие стратегии при различных типах нарушений личности

Тип личности	Базисное убеждение	Поведенческая стратегия
Зависимая личность	«Я беспомощен»	Привязанность
Избегающая (уклоняющаяся) личность	«Мне могут причинить боль»	Избегание
Пассивно-агрессивная личность	«На меня могут наступить»	Сопротивление
Параноидная личность	«Люди — потенциальные противники»	Осторожность
Нарциссическая личность	«Я — особенный»	Самовозвеличивание
Артистическая личность	«Мне нужно производить впечатление»	Драматизация
Обсессивно-компульсивная личность	«Я не должен допускать ошибок»	Перфекционизм
Антисоциальная личность	«Люди существуют для того, чтобы их били»	Нападение

Теория когнитивной терапии

В терапевтическом изменении взаимодействуют когнитивный, эмоциональный и поведенческий каналы, однако когнитивная терапия подчеркивает ведущую роль когниций в вызывании и поддержании терапевтических изменений.

Когнитивные изменения происходят на трех уровнях: 1) в произвольном мышлении; 2) в непрерывном, или автоматическом, мышлении; 3) в предположениях (убеждениях). Каждый уровень отличается от предыдущего своей доступностью для анализа и стабильностью.

Наиболее доступны для анализа и наименее стабильны — произвольные мысли, потому что их можно вызвать по желанию и они временны. На следующем уровне — автоматические мысли, которые появляются спонтанно и предшествуют эмоциональным и поведенческим реакциям. Эти автоматические мысли более стабильны и менее доступны, чем произвольные мысли, но можно научить пациентов распознавать их и контролировать. Автоматические мысли возникают на основе предположений (убеждений), которые составляют третий уровень. Убеждения могут быть очень стабильными и не осознаваться пациентами. Терапия

стремится к идентификации этих предположений и противодействию их эффектам.

Рассмотрим подробнее автоматические мысли и лежащие в их основе предположения (убеждения).

Автоматические мысли — это мысли, которые появляются спонтанно и приводятся в движение обстоятельствами. Эти мысли выступают между событием или стимулом и эмоциональными и поведенческими реакциями индивида.

А. Бек приводит следующий пример из клинической практики. Женщина, вышедшая на улицу, неожиданно осознает, что оказалась в трех кварталах от дома, и ей сразу же становится плохо. Различные школы психотерапии по-разному объясняют эту загадочную реакцию.

Психоанализ, например, объясняет слабость, которую испытывает женщина, удалившись от дома, с позиции подсознательного значения: нахождение на улице пробуждает подавленное желание вроде желания быть соблазненной или изнасилованной. Это желание порождает тревогу из-за связанного с ним запрета.

Бихевиористы, применяя условно-рефлекторную модель эмоций для объяснения тревоги, приведут причины другого рода. Они предположат, что некогда в своей жизни женщина столкнулась с действительно опасной ситуацией, отдалившись от дома. У нее возник условный рефлекс реагировать на безобидный раздражитель на том же уровне тревоги, который бы у нее появился перед лицом настоящей опасности.

Когнитивный подход предлагает иную трактовку. У человека между возбуждающим событием и эмоциональными последствиями мелькает ряд мыслей. Если пациентка в нашем примере в силах заполнить разрыв между возбуждающим событием и эмоциональной реакцией, то загадка этой реакции становится понятной.

Непосредственно до возникновения тревоги перед женщиной прошла следующая вереница мыслей: «Я далеко отошла от дома. Если теперь со мной что-нибудь случится, я не доберусь до дома, где мне смогут оказать помощь. Если я упаду здесь на улице, люди просто пройдут мимо — они меня не знают. Никто мне не поможет». Цепь рассуждений, ведущих к тревоге, включила ряд мыслей об опасности.

Пациенты не осознают полностью этих автоматических мыслей. До тех пор пока пациента не научат сосредоточиваться на автоматических мыслях, они по большей части проскальзывают незамеченными.

Автоматические мысли, о которых сообщают пациенты, имеют ряд общих характеристик. Они конкретны и *раздельны*, возникают в стенографическом виде. Кроме того, они не являются результатом обдумывания, рассуждения или рефлексии. Здесь отсутствует логическая последовательность этапов как при мышлении, ориентированном на цель, или при решении задачи. Мысли просто «приходят», словно рефлекторно. Они относительно автономны, то есть пациент не прилагает усилий, чтобы их вызвать, и их сложно «выключить», особенно в тяжелых случаях.

Автоматические мысли воспринимаются как правдоподобные. Пациенты воспринимают их как бесспорные, не проверяя их логичности или реалистичности. Несомненно, что многие из этих мыслей реалистичны. Однако пациент часто склонен верить в нереалистичные мысли, даже если сделал вывод об их необоснованности при обсуждении с терапевтом. То, сколько раз внешний опыт опровергал эти мысли, значения не имеет, они непрерывно возникают у пациента вплоть до его выздоровления.

Предположения или убеждения. Автоматические мысли, как отмечалось, возникают на основе предположений или убеждений. Бек называет эти когниции также «правилами». В качестве синонимов он употребляет также такие определения, как «позиции», «идеи», «концепции» и «конструкции».

Некоторые убеждения людей имеют дисфункциональный характер. Вот пример позиции, которой придерживаются многие люди: «Я никогда не буду счастливым, если не стану знаменитым». Люди, которые подчиняются этому правилу, постоянно находятся в действии: стремятся к престижу, популярности, власти. Рабское следование этому правилу служит помехой для других целей вроде разумной, здоровой, спокойной жизни, сохранения приятных отношений с другими людьми.

Некоторые люди впадают в депрессию, делая акцент на этих правилах. Последовательность такова: сначала человек считает, что не приближается к какой-то призрачной цели, например к славе. Из этого следует ряд выводов: «Раз я не стал знаменитым, значит, потерпел неудачу... я не добился единственной вещи, которая по-настоящему что-то стоит... я неудачник... продолжать бессмысленно. С таким же успехом можно покончить с собой». Но если пациент проверит начальную посылку, то заметит, что не принял во внимание другие виды удовлетворения, кроме славы. Он также начнет понимать, насколько он себе повредил, опреде-

ляя свое счастье на языке славы. Также уязвимы в отношении депрессии и люди, которые определяют свое счастье исключительно в аспекте любви со стороны отдельного человека или группы людей.

Бек перечисляет некоторые из позиций, предрасполагающих человека к чрезмерной печали или депрессии:

1. Для того чтобы быть счастливым, меня должны всегда и все принимать (я должен вызывать любовь и восхищение).
2. Для того чтобы быть счастливым, мне необходимо достигнуть успехов в любом своем предприятии.
3. Если я не на вершине, значит, я провалился.
4. Прекрасно быть популярным, знаменитым, богатым; ужасно быть непопулярным, посредственным.
5. Если я совершаю ошибку, значит, я неспособный человек.
6. Мое значение как человека зависит от того, что другие думают обо мне.
7. Я не могу жить без любви. Если моя жена (возлюбленная, родители, дети) не любят меня, то я ничего не стою.
8. Если кто-то не согласен со мной, то я ничего не стою.
9. Если я не воспользуюсь любой возможностью продвинуться, я об этом пожалею.

Правила (убеждения), подобные перечисленным, с большой вероятностью приведут к страданию. Человек не может всегда вызывать любовь у всех своих знакомых. Уровень любви и приятия испытывает значительные колебания, однако правила сформулированы таким образом, что любое уменьшение любви рассматривается как неприятие.

Можно выделить три основные группы дисфункциональных убеждений. В первую группу входят убеждения, связанные с принятием (например: «У меня есть изъян, поэтому я нежеланный»); во вторую группу входят убеждения, связанные с компетентностью (например: «Я — неполноценный»); в третью группу входят убеждения, связанные с контролем (например: «Я не могу осуществлять контроль»).

Когнитивные искажения

Когнитивные искажения — это систематические ошибки в суждениях. Они возникают на основе дисфункциональных убеждений, внедренных в когнитивные схемы, и легко обнаруживаются при анализе автоматических мыслей.

Персонализация. Это склонность интерпретировать события в аспекте личных значений. Процесс персонализации лучше всего проиллюстрировать на крайних примерах, касающихся пациентов-психотиков. Пациент, страдающий параноидной шизофренией, считал, что образы, которые он видит на телевизионном экране, непосредственно с ним разговаривают, и он им отвечал. Депрессивный психотик, услышав об эпидемии в далекой стране, начал упрекать себя в том, что вызвал ее. Женщина, страдающая манией, была убеждена, выходя на улицу, что все прохожие мужчины в нее влюблены. Пациенты-психотики постоянно трактуют события, с ними совершенно несвязанные, так, словно сами вызвали эти события или словно события направлены против них лично.

Более мягкие формы персонализации обнаруживаются у невротических пациентов. У них наблюдается склонность к переоценке степени, в которой события связаны с ними. Они также чрезмерно поглощены личными значениями отдельных происшествий. Депрессивный невротик, увидев хмурый взгляд прохожего, думает: «Он чувствует ко мне отвращение». Хотя и может оказаться, что в данном случае мнение пациента является верным, ошибка его заключается в представлении, что любая гримаса, замеченная им у окружающих, свидетельствует об отвращении к нему. Он переоценивает как частоту, так и степень отрицательных чувств, которые вызывает у других людей.

Дихотомическое мышление. Пациент-невротик склонен мыслить крайностями в ситуациях, бьющих его по чувствительным местам, например по самооценке — при депрессии, по вероятности подвергнуться опасности — при тревожном неврозе. События обозначаются как черные или белые, хорошие или плохие, прекрасные или ужасные. Такое свойство было названо «дихотомическим мышлением» или «биполярным мышлением». Например, студент думает: «Если я не сдам экзамен на пятерку, я — неудачник».

Избирательная абстракция. Это концептуализация ситуации на основе детали, извлеченной из контекста, при игнорировании другой информации. Например, на шумной вечеринке парень начинает ревновать свою девушку, которая склонила голову к другому, чтобы лучше его расслышать.

Произвольные умозаключения. Бездоказательные или даже противоречащие очевидным фактам умозаключения. Примером может служить работающая мать, которая в конце тяжелого дня заключает: «Я ужасная мать!».

Сверхобобщение. Это неоправданное обобщение на основании единичного случая. Например, ребенок делает одну-единственную ошибку, но думает: «Я все делаю неправильно!» Или женщина заключает после обескураживающего свидания: «Все мужчины одинаковы. Меня всегда будут отвергать».

Преувеличение (драматизация, катастрофизация). Катастрофизация — это преувеличение последствий каких-либо событий. Примерами могут служить такие предположения пациентов: «Будет ужасно, если кто-то будет плохого мнения обо мне», «Если я буду нервничать на экзамене, это будет ужасно!».

Цели и основные стратегии когнитивной терапии

Целями когнитивной терапии являются: исправление ошибочной переработки информации и помощь пациентам в модификации убеждений, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоции. Когнитивная терапия вначале нацелена на снятие симптома, включая проблемное поведение и логические искажения, но ее конечной целью является устранение систематических предубеждений в мышлении.

Когнитиваная терапия рассматривает убеждения пациента как гипотезы, которые можно проверить с помощью поведенческого эксперимента; поведенческий эксперимент — это проверка искаженных убеждений или страхов в ситуациях реальной жизни. Когнитивный терапевт не говорит пациенту, что его убеждения иррациональны или неправильны или что ему необходимо принять убеждения терапевта. Вместо этого терапевт задает вопросы для извлечения информации о значении, функции и последствиях убеждений пациента, а затем пациент решает, отвергать, модифицировать или сохранять ему свои убеждения, предварительно осознав их эмоциональные и поведенческие последствия.

Когнитивная терапия предназначена для того, чтобы научить пациентов:

а) контролировать дисфункциональные (иррациональные) автоматические мысли;

б) осознавать связи между когнициями, аффектами и поведением;

в) изучать аргументы за и против дисфункциональных автоматических мыслей;

г) заменять дисфункциональные автоматические мысли на более реалистические интерпретации;

д) идентифицировать и изменять убеждения, которые предраспологают к искажению опыта.

Для решения этих задач в когнитивной терапии используются когнитивные и поведенческие техники.

А. Бек формулирует *три основные стратегии* когнитивной терапии: эмпиризм сотрудничества, сократовский диалог и направляемое открытие.

Эмпиризм сотрудничества заключается в том, что терапевт и пациент являются сотрудниками в исследовании фактов, которые подкрепляют или опровергают когниции пациента. Как и при научном исследовании, интерпретации или предположения рассматриваются в качестве гипотез, нуждающихся в проверке.

Эмпирические доказательства используются для определения того, служат ли данные когниции какой-либо полезной цели. Исходные умозаключения подвергаются логическому анализу. Мышление, основанное на предубеждениях, станет очевидным для пациента, когда он осознает альтернативные источники информации. Этот процесс является партнерским между пациентом и терапевтом.

Сократовский диалог. Беседа является главным терапевтическим инструментом в когнитивной терапии, при этом широко используется сократовский тип диалога. Терапевт тщательно составляет вопросы для обеспечения нового научения. Цели этих вопросов сводятся к следующему: 1) прояснить или определить проблемы; 2) помочь пациенту идентифицировать мысли, образы, предположения; 3) изучить значения событий для пациента; 4) оценить последствия поддержания неадаптивных мыслей и поведения.

Напомним, что сущность сократовского диалога состоит в том, что пациент приходит к логическим заключениям на основе вопросов, которые ставит терапевт. Вопросы не используются для того, чтобы «поймать» пациента в ловушку, подвести его к неизбежному выводу; они ставятся так, чтобы пациент мог посмотреть на свои предположения объективно, не прибегая к защите.

Направляемое открытие. Посредством направляемого открытия пациент модифицирует неадаптивные убеждения и предположения. Терапевт служит «проводником»: он проясняет проблемное поведение и логические ошибки, создавая новый опыт посредством поведенческих экспериментов. Этот опыт ведет к приобретению новых умений и взглядов. С помощью когнитивных и поведенческих методов

пациент открывает адаптивные способы мышления и поведения. Пациент научается исправлять ошибочную когнитивную переработку информации, так что в конце концов он становится независимым от терапевта. Направляемое открытие подразумевает, что терапевт не призывает пациента принять новый набор убеждений; терапевт поощряет пациента использовать информацию, факты и возможности для формирования реалистического взгляда.

Когнитивные техники

Когнитивные техники используются, во-первых, для идентификации и последующей коррекции автоматических мыслей, во-вторых, для идентификации неадаптивных предположений (убеждений) и исследования их обоснованности.

Идентификация автоматических мыслей. Для идентификации автоматических мыслей применяется метод под названием *заполнение пустоты.* Процедура объясняется пациенту с помощью последовательности A, B, C: A — это возбуждающее событие; C — чрезмерная, неадекватная «условная реакция»; B — это пустота в сознании пациента, которая при заполнении ее самим пациентом служит мостом между A и C. Терапевтической задачей становится заполнение пустоты через элементы системы убеждений пациента. Например, один пациент описал такую последовательность: A — встреча со старым другом, C — печаль. Далее пациент сумел постепенно восстановить событие и вспомнить мысли, которые возникли в промежутке. Встреча со старым другом вывала такую цепочку мыслей (B): «Если я поздороваюсь с ним, он, возможно, меня не вспомнит... Прошло столько времени, у нас нет ничего общего... Он может осадить меня... Встреча не будет похожа на прежние». Эти мысли вызвали чувство печали.

Метод заполнения пустоты может оказать большую помощь пациентам, расстройство у которых выражается в чрезмерном чувстве стыда, тревоги, гнева или печали в межличностных ситуациях. Например, один студент избегал общественных собраний из-за необъяснимого чувства стыда, тревоги и печали. После обучения распознаванию и записи своих когниций он сообщил, что в социальных ситуациях у него возникают такие мысли: «Никто не захочет со мной разговаривать... все думают, что я выгляжу жалким... я просто не приспособлен к обществу». После этих мыслей у него появились униженность, чувства тревоги и печали и возникло сильное желание убежать.

Когнитивная сфера включает помимо мыслей образы. Некоторым пациентам легче сообщать о живых образах, чем о мыслях. Так часто бывает с тревожными пациентами. В одном исследовании было показано, что 90% тревожных пациентов сообщали о зрительных образах, предшествующих тревожному эпизоду. Женщина, боявшаяся ходить в одиночестве, видела картины сердечного приступа, смерти на улице, после чего испытывала острую тревогу. Другая женщина, ощущавшая волну тревоги при переезде через мост, признала, что тревоге предшествовали картинные образы вылетающей за ограждение машины. Сбор информации об образах, следовательно, является еще одним способом понимания концептуальных систем.

Автоматические мысли проверяются с помощью прямого доказательства или логического анализа. Доказательство можно получить из прошлых или настоящих обстоятельств. Доказательства могут быть также получены из результатов поведенческих экспериментов. Такие эксперименты дают возможность пациенту опровергнуть прежнее убеждение. Например, если человек убежден в том, что не может вступать в контакты с другими людьми, то он может попытаться заговорить с малознакомыми ему людьми. Эмпирическая природа поведенческих экспериментов дает возможность пациентам мыслить более объективно.

Исследование мыслей пациента может вести к когнитивному изменению. Беседа может открыть логическую непоследовательность, противоречивость и другие ошибки в мышлении. Идентификация и категоризация когнитивных искажений сами по себе полезны, так как пациенты обнаруживают ошибки, которые они затем могут исправлять.

Когнитивные техники, как уже указывалось, используются также для идентификации и исследования неадаптивных предположений (убеждений), которые обычно намного менее доступны пациентам, чем автоматические мысли. Лишь некоторые пациенты способны сформулировать свои убеждения, большинство же испытывает затруднение. Убеждения служат темами для автоматических мыслей. Терапевт может предложить пациенту извлечь правила, лежащие в основе его автоматических мыслей. Терапевт может также сделать предположение на основании этих данных и представить свои предположения пациенту для подтверждения. Пациенты имеют право не соглашаться с терапевтом и находить более точные формулировки своих убеждений.

Если предположение (убеждение) идентифицировано, то оно открыто для модификации, что осуществляется несколькими способа-

ми: а) можно спросить у пациента, является ли убеждение разумным, б) попросить пациента привести доводы «за» и «против» сохранения этого убеждения, в) предоставить доказательство, факты, противоречащие этому убеждению, то есть опровергнуть его.

Коррекция автоматических мыслей включает декатастрофизацию, реатрибуцию, переформулирование и децентрализацию.

Декатастрофизация. Мы уже говорили, что катастрофизация — это преувеличение последствий негативных событий. Большинство проблем у пациентов возникает в контексте межличностных отношений. Наиболее распространенным предубеждением тревожных людей является следующее: «Ужасно, если кто-то будет плохого мнения обо мне». Пациенты обычно больше всего боятся низкой оценки со стороны сверстников, соучеников, сотрудников или друзей. Однако многие пациенты еще больше боятся перспективы показаться смешным незнакомым людям. Они с тревогой предчувствуют реакции со стороны продавцов в магазине, официантов, таксистов, пассажиров автобуса или прохожих на улице.

Человека может страшить ситуация, при которой он окажется, по его мнению, уязвимым перед критикой других людей. Он чувствителен к ситуациям, в которых способен проявить некую «слабость» или «промах». Он часто боится неодобрения за то, что не похож на других. У пациента существует смутное представление о том, что отрицание или критика каким-то образом наносят ущерб его Я-образу.

Декатастрофизация, или, как ее еще называют, техника «что если», предназначена для исследования действительных, фактических событий и последствий, которые в представлении пациента наносят ему психологический ущерб и вызывают чувство тревоги. Эта техника помогает пациентам подготовиться к последствиям, сопряженным со страхом. Она полезна для уменьшения избегания.

А. Бек приводит следующий пример использования декатастрофизации у студента, который становился заторможенным в различных ситуациях, требующих отстаивания своего Я, например спросить дорогу у незнакомого человека, проверить кассовый дубликат своего счета, отказаться от чьей-либо просьбы, попросить кого-либо об одолжении, выступить перед аудиторией.

Пациент. Мне нужно завтра выступить перед своей группой, и я перепуган до смерти.

Терапевт. Чего же вы боитесь?

Пациент. Мне кажется, я буду выглядеть дураком.

Терапевт. Предположим, вы действительно будете выглядеть дураком. Что в этом плохого?

Пациент. Я этого не переживу.

Терапевт. Но послушайте, предположим, они будут смеяться над вами. Неужели вы от этого умрете?

Пациент. Конечно, нет.

Терапевт. Предположим, они решат, что вы — наихудший из всех существовавших ораторов... Разрушит ли это вашу будущую карьеру?

Пациент. Нет... Но неплохо быть хорошим оратором.

Терапевт. Конечно, неплохо. Но если вы потерпите неудачу, неужели родители или жена отрекутся от вас?

Пациент. Нет... они отнесутся с сочувствием.

Терапевт. Так что же в этом самое ужасное?

Пациент. Я буду плохо чувствовать себя.

Терапевт. И долго вы себя будете плохо чувствовать?

Пациент. День или два.

Терапевт. А затем?

Пациент. Затем все придет в порядок.

Терапевт. Вы боитесь, что на карту поставлена ваша судьба.

Пациент. Верно. У меня такое ощущение, что на карту поставлено все мое будущее.

Терапевт. Итак, где-то по дороге ваше мышление дает сбой... и вы склонны рассматривать любую неудачу, словно это конец света... Вам нужно на самом деле обозначить свои неудачи как неуспехи в достижении цели, а не как страшное бедствие. Вам нужно начать оспаривать свои ложные посылки.

На следующем сеансе — после того как пациент произнес речь, которая, как он и предчувствовал, оказалась несколько расстроенной вследствие его страхов — были рассмотрены его представления о неудаче.

Терапевт. Как вы себя сейчас чувствуете?

Пациент. Я чувствую себя лучше... но был разбит в течение нескольких дней.

Терапевт. Что вы теперь думаете о своем мнении, что нескладная речь — это катастрофа?

Пациент. Конечно, это не катастрофа. Это неприятно, но я переживу.

Далее была проведена работа с пациентом по изменению его представления о неудаче как катастрофе. Перед следующим выступлением через неделю у него было гораздо меньше тревожных предчувствий, и во время выступления он ощущал меньший дискомфорт. На очередном сеансе пациент полностью согласился

с тем, что придавал слишком большое значение реакциям своих товарищей. Произошел следующий разговор.

Пациент. Во время последнего выступления я чувствовал себя гораздо лучше... Мне кажется, это дело опыта.

Терапевт. Возник ли у вас хоть какой-то проблеск осознания того, что чаще всего не так уж важно, *что* люди думают о вас?

Пациент. Если я собираюсь стать врачом, мне необходимо производить хорошее впечатление на своих пациентов.

Терапевт. Плохой вы врач или хороший, зависит от того, насколько хорошо вы диагностируете и лечите своих пациентов, а не от того, насколько успешно вы выступаете перед публикой.

Пациент. Ладно... я знаю, что с пациентами у меня все в порядке, и мне кажется, что именно это главное.

Заключительная часть лечения была посвящена рассмотрению тех неадаптивных убеждений пациента, которые вызывали дискомфорт в других ситуациях. Пациент сообщил о новой позиции, к которой пришел: «Я теперь вижу, насколько смешно тревожиться по поводу реакции совершенно незнакомых людей. Я никогда их больше не увижу. Поэтому, какая разница, что они обо мне подумают?».

Реатрибуция. Это техники, которые проверяют правильность автоматических мыслей и убеждений, рассматривая альтернативные причины событий. Реатрибуция особенно полезна в тех случаях, когда пациенты воспринимают себя как причину событий (явление персонализации) или, при отсутствии доказательств, приписывают причину события другому человеку или какому-то единственному фактору. Техники реатрибуции предполагают проверку реальности и исследование всех факторов, которые повлияли на возникновение ситуации.

Переформулирование. Эта техника предназначена для мобилизации человека, который считает, что проблема не контролируется им. Например, одинокому человеку, который думает: «Никто не обращает на меня внимания», рекомендуется по-новому сформулировать проблему: «Мне нужно протянуть руку другим людям, чтобы обо мне позаботились». При формулировании проблемы по-новому необходимо предусмотреть, чтобы она получила более конкретное и специфичное звучание; кроме того, она должна быть обозначена с точки зрения поведения пациента.

Децентрализация. При различных психологических расстройствах — тревоге, депрессии, параноидных состояниях — главное искажение мышления проистекает из склонности пациента персони-

фицировать события, которые не имеют к нему отношения. Метод освобождения пациента от свойства видеть в себе точку сосредоточения всех событий называется децентрализацией. Для проверки искаженных убеждений пациентов предлагаются *поведенческие эксперименты*. Например, один студент, который предпочитал молчать на занятиях, считал, что его товарищи постоянно наблюдают за ним и замечают его тревогу. Ему было предложено понаблюдать за ними, вместо того чтобы сосредоточиваться на своем дискомфорте. Когда он увидел, что одни студенты конспектируют, другие слушают профессора, а третьи мечтают, то пришел к выводу, что его товарищи озабочены другими делами.

Идентификация и коррекция дисфункциональных убеждений (позиций, схем). Эти убеждения, как указывалось, являются менее доступными для анализа, чем автоматические мысли. Об убеждениях пациентов можно судить по направленности их автоматических мыслей. Дополнительным источниками для формирования гипотез, связанных с убеждениями, являются поведение пациентов, стратегии преодоления ими трудностей, личные истории. Пациентам часто трудно сформулировать свои убеждения без помощи терапевта, поэтому терапевт представляет гипотезы пациентам для проверки. Для коррекции убеждений терапевт может:

1. Задать пациентам вопросы для побуждения исследования убеждений. Например: «Является ли данное убеждение разумным?», «Какие преимущества и неудобства связаны с сохранением данного убеждения?»
2. Организовать *когнитивный эксперимент*, в ходе которого пациенты проверяют истинность своих убеждений. Например, пациентка Бека из-за опасения обнаружить, что не может доверять своему мужу, постоянно искала у него недостатки, в результате чего их отношения становились все более отчужденными. Ее основным убеждением было: «Я ни в коем случае не могу позволить себе оказаться уязвимой». Бек предложил ей трехмесячный эксперимент, чтобы проверить гипотезу: «Если я полностью посвящу себя налаживанию отношений с мужем, буду искать положительное вместо отрицательного, я стану чувствовать себя в большей безопасности». В результате пациентка обнаружила, что она стала более уверенной и стала меньше думать о разводе с мужем.
3. Использовать образы, чтобы помочь пациентам вновь пережить случившиеся в прошлом события и реструктурировать свой опыт и сформированные на его основании убеждения.

4. Использовать детский опыт пациентов с расстройствами личности для пересмотра их убеждений, сформированных в рассматриваемый период, в процессе ролевой игры со сменой ролей.
5. Помогать пациентам заново формировать убеждения, заменять дисфункциональные убеждения на более конструктивные. Этот прием является одним из центральных в рационально-эмотивной терапии А. Эллиса.

Поведенческие техники

Когнитивная терапия использует поведенческие техники для модификации автоматических мыслей и предположений (убеждений). Она прибегает к поведенческим экспериментам, предназначенным для опровержения специфических неадаптивных убеждений и обеспечения нового научения. В поведенческом эксперименте пациент перед его началом предсказывает результат, основанный на автоматических мыслях, а затем выполняет заранее согласованное с терапевтом поведение и, наконец, оценивает результат в свете нового опыта.

Поведенческие техники используются также для: расширения репертуара поведенческих реакций пациента (тренинг умений); расслабления (прогрессивная релаксация); стимуляции активности (планирование деятельности); подготовки пациента к ситуациям, вызывающим тревогу (поведенческая репетиция); предъявления стимулов, вызывающих страх (экспозиционная терапия).

Так как поведенческие техники используются для когнитивного изменения, очень важно знать восприятие пациента, его мысли и выводы после каждого поведенческого эксперимента.

Домашнее задание дает пациентам возможность применять когнитивные принципы между занятиями. Типичное домашнее задание состоит в самонаблюдении и самоконтроле, в эффективном структурировании времени и выполнении процедур, относящихся к специфическим ситуациям. Самоконтроль применяется к автоматическим мыслям пациента и к его реакциям в различных ситуациях. Дома практикуются также новые когнитивные навыки, такие как умение опровергать автоматические мысли.

Проверка гипотезы. Эта техника имеет и когнитивный и поведенческий компоненты. При построении гипотезы необходимо сделать ее специфичной и конкретной. Нельзя пользоваться обобщающими ярлыками, неясными терминами и неопределенными понятиями. Например,

один из пациентов, врач по специальности, усомнился в своем профессионализме. Терапевт попросил перечислить аргументы в пользу такого заключения. При перечислении пациент не учел такие факторы, как раппорт с пациентами и способность принимать решения в ситуации цейтнота. Эти критерии были добавлены терапевтом. Затем пациенту было предложено контролировать свое поведение и попросить обратную связь от своих коллег и супервайзеров для проверки своей гипотезы. В результате пациент пришел к выводу, что он «все-таки хороший профессионал».

Репетиция поведения и ролевая игра используются для тренировки умений или техник, которые позднее будут применяться in vivo. В тренинге умений используется также моделирование. Часто ролевая игра записывается на видеомагнитофон, чтобы иметь объективный источник информации для оценки исполнения.

Техники отвлечения внимания предназначены для уменьшения сильных эмоций и негативного мышления. Сюда входит физическая деятельность, социальные контакты, работа, игра.

Задания с постепенным усложнением задачи. Эта техника предусматривает начальную деятельность на безопасном уровне, постепенно терапевт увеличивает трудность задач. Например, пациент, испытывающий трудности в общении, может начать взаимодействие с каким-либо одним человеком или с маленькой группой знакомых или может общаться с людьми на протяжении короткого периода времени. Затем, шаг за шагом, пациент увеличивает время, которое он проводит с другими.

Экспозиционная терапия дает информацию о мыслях, образах, психологических симптомах и уровне напряжения, испытываемых тревожным пациентом. Специфические мысли и образы могут быть исследованы на искажения, после чего пациентов можно научить специфическим копинг-умениям.

Планирование деятельности. Эта процедура сводится к следованию распорядку дня и оценке исполнения той или иной деятельности (с использованием шкалы от 0 до 10) и степени удовлетворения от этой деятельности. Планирование деятельности приводит, например, к тому, что пациенты, прежде считавшие, что их депрессия держится на постоянном уровне, видят колебания настроения; пациенты, которые считают, что не могут выполнить или получить удовлетворение от какой-либо деятельности, убеждаются в противном; пациенты, которые считают, что они неактивны из-за прису-

щего им дефекта, видят, что деятельность можно планировать и что она обладает подкрепляющим эффектом.

Применение когнитивной терапии

Когнитивная терапия является подходом, центрированным на настоящем. Она директивна, активна, ориентирована на проблему.

Первоначально когнитивная терапия использовалась в индивидуальной форме, теперь она используется в семейной терапии и терапии супружеских пар, а также в групповой форме. Она может применяться в сочетании с фармакотерапией в амбулаторных и стационарных условиях.

Когнитивная терапия широко используется для лечения эмоциональных расстройств и униполярной депрессии. Исследования по сравнению эффективности когнитивной терапии и терапии антидепрессантами показали, что когнитивная терапия имеет лучшие результаты или по крайней мере такие же как терапия антидепрессантами. Катамнестические исследования длительностью от трех месяцев до двух лет показали, что отдаленные результаты лечения лучше при когнитивной терапии, чем при фармакологическом лечении.

Когнитивная терапия является терапией выбора в тех случаях, когда пациент отказывается от лекарств и предпочитает психологическое лечение. Она является терапией выбора также в тех случаях, когда у пациента имеются побочные эффекты от антидепрессантов или когда у больного обнаруживается резистентность к лечению антидепрессантами.

Когнитивная терапия не рекомендуется как единственное средство при лечении биполярных аффективных расстройств или психотической депрессии. Она также не применяется как единственная терапия при лечении шизофрении и других психозов.

Случай из практики

Этот случай показывает использование и поведенческих и когнитивных техник при лечении пациента с тревожным расстройством.

Представление проблемы. Пациент, 21-летний студент колледжа, жаловался на трудное засыпание и частые пробуждения, заикание, дрожь в теле, чувство нервозности, головокружение и беспокойство. Проблемы со сном становились особенно острыми перед экзаменами или спортивными соревнованиями. Свои рече-

вые проблемы он объяснил тем, что ему трудно подобрать «нужное слово».

Пациент рос в семье, в которой ценили конкуренцию. Родители поощряли соперничество у пациента в его сиблингах. Так как он был старшим ребенком, от него ожидали побед во всех соревнованиях. Родители считали, что дети должны превзойти их в достижениях и успехах. Они так сильно отождествлялись с достижениями сына, что он считал: «Мои успехи — это их успех».

Родители поощряли конкуренцию и с детьми за пределами семьи. Отец напоминал: «Никому не позволяй быть лучше себя». В результате того, что пациент видел в сверстниках своих соперников, у него не было друзей. Чувствуя одиночество, он отчаянно пытался привлечь друзей всякими проказами и небылицами, чтобы возвеличить свой образ и сделать свою семью более привлекательной. Хотя у него были знакомые в колледже, друзей было мало, так как он не мог раскрыть себя, боясь, что другие обнаружат, что он не такой, каким хотел бы быть.

Начало терапии. После сбора информации, касающейся диагноза, ситуации и истории, терапевт попытался определить, какой вклад внесли когниции пациента в его дисстресс.

Терапевт. Какие ситуации больше всего расстраивают вас?

Пациент. Когда у меня неудачи в спорте. Особенно в плавании. А также, когда я ошибаюсь, даже когда играю в карты с ребятами по комнате. Я сильно расстраиваюсь, если девушка меня отвергает.

Терапевт. Какие мысли проносятся в вашей голове, когда вам, скажем, что-то не удается в плавании?

Пациент. Я думаю о том, что люди меньше обращают на меня внимание, если я не на высоте, не победитель.

Терапевт. А если вы делаете ошибки при игре в карты?

Пациент. Тогда я сомневаюсь в своих интеллектуальных способностях.

Терапевт. А если девушка отвергает вас?

Пациент. Это значит, что я заурядный... Я теряю ценность как человек.

Терапевт. Вы не видите связи между этими мыслями?

Пациент. Да, я думаю, что мое настроение зависит от того, что обо мне думают другие люди. Но ведь это так важно. Я не хочу быть одиноким.

Терапевт. Что значит для вас быть одиноким?

Пациент. Это значит, что со мной что-то не в порядке, что я неудачник.

В этом месте терапевт начинает строить гипотезу об убеждениях пациента: его ценность определяется другими, он непривлекателен,

потому что ему присуще нечто неполноценное, он неудачник. Терапевт ищет доказательства того, что эти убеждения являются центральными, но при этом остается открытым для других идей.

Терапевт помогает пациенту в составлении списка целей терапии, который включает в себя: 1) уменьшение перфекционизма; 2) снижение уровня тревоги; 3) улучшение сна; 4) усиление близости в дружбе; 5) развитие собственных ценностей, независимых от родительских. Первой для решения была взята проблема тревоги. Предстоящий экзамен был выбран в качестве ситуации-мишени. Пациент учил к экзамену намного больше того, что требовалось, ложился спать изможденный, с трудом засыпал, просыпался среди ночи, думая о предстоящем экзамене и его возможных последствиях, утром шел на экзамен истощенным. Чтобы уменьшить мысленную жвачку об экзамене, терапевт попросил пациента перечислить выгоды от нее.

Пациент. Ну, если я не буду думать об экзамене, я могу что-нибудь забыть. Если же я буду постоянно думать, то лучше подготовлюсь.

Терапевт. У вас когда-нибудь была ситуация, когда вы были «хуже подготовлены»?

Пациент. Не на экзамене, но однажды я принимал участие в больших соревнованиях по плаванию и накануне вечером был с друзьями и не думал. Я вернулся домой, лег спать, а утром встал и пошел плавать.

Терапевт. Ну и как получилось?

Пациент. Прекрасно! Я был в форме и проплыл довольно хорошо.

Терапевт. Основываясь на этом опыте, не считаете ли вы, что есть основания меньше беспокоиться о своем исполнении?

Пациент. Да, наверное. Мне не повредило то, что я не беспокоился. На самом деле мое беспокойство только расстраивает меня.

Благодаря собственному разумному объяснению пациент сумел отказаться от постоянного перемалывания мыслей об исполнении. Затем он был готов отказаться от своего неадаптивного поведения и рискнуть попробовать что-то новое. Терапевт обучил пациента прогрессивной релаксации, и пациент начал пользоваться ею для уменьшения тревоги.

Пациенту было также объяснено, что когниции влияют на поведение и настроение. Подхватив утверждение пациента о том, что беспокойство может расстраивать, терапевт продолжил работу.

Терапевт. Вы упомянули, что когда вы беспокоитесь об экзаменах, то испытываете тревогу. Попытайтесь теперь вообразить, что вы лежите в постели ночью перед экзаменом.

Пациент. Хорошо, я готов.

Терапевт. Представьте, что вы думаете об экзамене и решаете, что недостаточно подготовились.

Пациент. Да, представил.

Терапевт. Что вы чувствуете?

Пациент. Я чувствую нервозность. Мое сердце начинает колотиться. Думаю, что мне надо встать и позаниматься еще.

Терапевт. Хорошо. Когда вы думаете, что не подготовлены, у вас возникает тревога и вам хочется встать. Теперь представьте, что вы лежите в постели накануне экзамена и думаете о том, как вы хорошо подготовились и знаете материал.

Пациент. Хорошо. Теперь я чувствую себя уверенно.

Терапевт. Вот! Видите теперь, как ваши мысли влияют на чувства тревоги?

Пациенту было предложено записывать автоматические мысли, распознавать когнитивные искажения и отвечать на них. В качестве домашнего задания его попросили записывать автоматические мысли, если он с трудом засыпал перед экзаменом. Одна из автоматических мыслей была: «Наверное, я опять буду думать об экзамене». Его ответ был: «Сейчас мысли об экзамене уже не имеют никакого значения. Я подготовился». Другая мысль: «Мне надо уснуть сейчас! Мне надо спать восемь часов!» и ответ: «Я оставил время про запас, так что у меня оно есть. Сон не так уж важен, чтобы беспокоиться о нем». Он сумел переключить свое внимание и мысли на позитивный образ: он представил себя плывущим в чистой голубой воде.

Наблюдая свои автоматические мысли в различных ситуациях (академических, спортивных, социальных), пациент научился опознавать дихотомическое мышление («со щитом или на щите») как частое когнитивное искажение. При работе с дихотомическим мышлением две техники помогли пациенту: трансформация (рефрейминг) проблемы и создание континуума между дихотомическими категориями. Проблема пациента была трансформирована следующим образом.

Терапевт. Если кто-то игнорирует вас, могут ли здесь быть другие причины, кроме той, что вы — неудачник?

Пациент. Нет. Если я не смогу убедить их, что я значителен, я не смогу привлечь их.

Терапевт. Как вы убеждаете их в этом?

Пациент. Если сказать правду, то я преувеличиваю свои успехи. Я привираю о своих оценках в классе или говорю, что победил в соревновании.

Терапевт. И как это срабатывает?

Пациент. На самом деле не очень хорошо. Мне неловко, и они смущены моими рассказами. Иногда они не обращают особого внимания, иногда же отходят от меня после того, как я наговорю о себе слишком много.

Терапевт. Значит, в некоторых случаях они отвергают вас, когда вы привлекаете их внимание к себе?

Пациент. Да.

Терапевт. Это как-то связано с тем, победитель вы или неудачник?

Пациент. Нет, они даже не знают, кто я внутри. Они просто отворачиваются, потому что я говорю слишком много.

Терапевт. Да. Получается, что они реагируют на ваш стиль разговора.

Терапевт переводит проблему с ситуации, в которой пациент обнаруживает свою неполноценность, на ситуацию, характеризующуюся проблемой социальных умений. (На входе: «меня игнорируют, потому что я неудачник»; на выходе: «меня игнорируют, потому что моя манера общения не устраивает людей».) Более того, тема «я неудачник» оказалась столь актуальной для пациента, что он называет ее «главным убеждением». Это предположение можно проследить исторически и найти его корни в постоянной критике родителями его ошибок и недостатков. Анализируя свою историю, он смог увидеть, что его ложь мешала людям сближаться с ним и тем самым подкреплялось его убеждение в том, что они не хотят дружить с ним. Кроме того, он считал, что всем своим успехам он обязан родителям и ни одно достижение не было только его достижением. Это злило его и приводило к недостатку самоуверенности.

Дальнейшее лечение. По мере продвижения терапии домашние задания сосредоточились на социальном взаимодействии. Он учился начинать разговор и задавать вопросы, чтобы больше узнать о других людях. Он также учился сдерживаться, когда возникало желание приукрасить себя. Он учился контролировать реакции окружающих к себе и обнаружил, что они хоть и различны, но в целом позитивны. Слушая других, он заметил, что восхищается людьми, которые открыто признают свои недостатки и высмеивают свои ошибки. Этот опыт помог ему понять, что бессмысленно делить людей, включая его самого, на «победителей» и «неудачников».

На последних занятиях пациент высказал убеждение, что его поведение отражается на его родителях и наоборот. Он сказал: «Если они выглядят хорошо, то это что-то говорит обо мне, и если я выгляжу хорошо, то это делает им честь». В одном задании ему было предложено перечислить признаки, которые отличают его от

родителей. Он отметил: «Понимание того, что мои родители и я — разные люди, приводит меня к осознанию того, что я могу прекратить лгать». Понимание того, что он отличается от родителей, освободило его от их абсолютистских стандартов и позволило стать менее застенчивым при взаимодействии с другими.

В результате терапии у пациента появились интересы и увлечения, не имеющие отношения к достижениям. Он начал ставить умеренные и реалистические цели в образовании, стал встречаться с девушкой.

Интеграция когнитивных методов в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии

Патогенетическую психотерапию В. Н. Мясищева сближает с когнитивным подходом общая базальная гипотеза, согласно которой не события сами по себе вызывают эмоциональные расстройства, а то, как человек *воспринимает* эти события, что он *думает* и что *переживает* по поводу этих событий, иными словами, *отношение* человека к этим событиям.

Если у В. Н. Мясищева личность представляет собой «систему отношений», то у А. Бека личность — это система когнитивных структур, или схем, представляющих собой базальные убеждения (позиции), а у А. Эллиса — система убеждений (beliefs).

Далее, В. Н. Мясищев рассматривает отношение как структуру, состоящую из трех неразрывно связанных друг с другом компонентов: когнитивного, эмоционального и поведенческого. А. Эллис рассматривает убеждения как эмоционально-когнитивные связи. Когниции и эмоции рассматриваются интегративно, причем важность этого двуединства, которое с неизбежностью предопределяет и поведение человека, подчеркивается самим названием терапевтического подхода А. Эллиса — рационально-эмотивная терапия.

Невроз, согласно В. Н. Мясищеву, есть нарушение системы отношений. Идентичное положение мы находим у теоретиков когнитивного подхода: у А. Бека эмоциональное нарушение связывается с наличием у пациента дисфункциональных когнитивных схем, а у А. Эллиса — с наличием иррациональных убеждений, или жестких эмоционально-когнитивных связей.

Патогенетическая психотерапия связывает наличие неадекватной системы отношений со всем предшествующим неврозу ходом развития личности, начиная с неправильного воспитания в родительской семье. Точно так же дисфункциональные убеждения, или иррациональные установки, в теориях личности когнитивных психотерапевтов, формируются в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими.

Главная задача патогенетической психотерапии заключается в *реконструкции* системы отношений больного неврозом; главная задача когнитивно-поведенческих подходов — *изменение* убеждений пациентов, замена дисфункциональных убеждений, иррациональных установок на более адаптивные, функциональные, рациональные, замена жестких эмоционально-когнитивных связей (схем) более гибкими.

Существенная разница двух подходов (патогенетической психотерапии и когнитивных моделей терапии) состоит в том, что в когнитивной психотерапии из анализа выпадает важное (с точки зрения патогенетической психотерапии) промежуточное звено патогенеза эмоционального нарушения — *психологический конфликт*. Психогенез как таковой не интересует когнитивную терапию; она фокусирована на конечном результате неправильного развития личности — на системе иррациональных, малоадаптивных, приводящих к нарушению личного функционирования, установок, позиций, убеждений. Эллис неоднократно подчеркивал, что рационально-эмотивная терапия не интересуется генезом эмоциональных расстройств, ее интересует, из-за каких иррациональных убеждений (установок, позиций) эти расстройства поддерживаются в *настоящем*.

Итак, когнитивный психотерапевт работает с убеждениями пациента, с его системой отношений, ценностей, с его мировоззрением и философией. Поэтому А. Эллис, например, прямо называет свой подход философским. Патогенетический психотерапевт при тесном сотрудничестве с пациентом проводит вначале *анализ* проблематики пациента, вскрывает генез заболевания, *интрапсихические конфликты*, приводящие к возникновению эмоциональных нарушений, прослеживает, как внутренние конфликты приводят к межличностным проблемам, выясняет, какие условия личности (особенности системы отношений) способствуют возникновению конфликтов (внутренних и внешних), а уже затем (или одновременно с этим) занимается вопросами реконструкции личности, перевоспитания пациента. Патогенетическая психотерапия В. Н. Мясищева является по сущности своей

не только рациональной, но и психодинамической в то же время — в этом ее существенное отличие от когнитивной психотерапии.

В связи с этим патогенетическая психотерапия может в значительной степени обогатить арсенал психологических средств, предназначенных для выявления дезадаптивных позиций личности и реконструкции системы отношений больных неврозами, обратившись к методам, применяемым при когнитивно-поведенческих подходах.

Надо заметить, что при проведении психогенетического анализа психотерапевт, прибегая в ходе бесед с пациентом к многочисленным и разнообразным приемам рациональной психотерапии (убеждению, разубеждению, доказательству несостоятельности или ущербности позиций пациента, необоснованности его претензий, ограниченности или ригидности его установок и многим другим), стихийно применяет и те из них, которые описаны в когнитивной терапии как техника «что если», «декатастрофизация», «сократовский диалог», «когнитивный диспут» и др. С другой стороны, используемый, например, в патогенетической психотерапии прием «конфронтации» содержит, как нетрудно заметить, элементы и сократовского диалога, и когнитивного диспута. Сложно назвать хотя бы один прием когнитивной психотерапии, который не мог бы найти применения в патогенетической психотерапии при решении ее тактических задач.

Важность когнитивных подходов для нас усиливается еще и тем, что, будучи когнитивно-поведенческими, они при интеграции в систему патогенетической психотерапии влекут за собой целую вереницу поведенческих процедур, значение которых в решении вопросов реконструкции системы отношений больных неврозами, изменения их поведения трудно переоценить. Связь когнитивного и поведенческого подходов, как было показано создателями когнитивно-поведенческой терапии, является *органической*: здесь речь идет о *синтезе*, *интеграции* двух подходов, а не об эклектическом соединении двух разнородных элементов, каждый из которых сам по себе представляет несомненную терапевтическую пользу. В связи с этим когнитивно-поведенческий подход представляет интерес для патогенетической психотерапии (в свете создания ее интегративной модели) не только с точки зрения ее обогащения за счет привлечения отдельных когнитивных техник, но прежде всего с точки зрения холистических принципов, которые лежат в основе этого подхода.

Контрольные вопросы

1. В понятие «отношение», по В. Н. Мясищеву, не входит:
   1. Обобщенное внутреннее условие действий человека, содержащее тенденцию к определенным реакциям.
   2. Неосознаваемая личностью, приобретенная в ее опыте готовность к определенным реакциям.
   3. Активная, преимущественно сознательная, основанная на опыте избирательная связь личности с различными сторонами действительности.
   4. Единство, «сплав» знания, переживания и поведения.
2. По В. Н. Мясищеву, невроз — это:
   1. Нарушение функционирования какого-либо органа или системы.
   2. Глобальное личностное нарушение, проявляющееся в специфических клинических феноменах.
   3. Следствие блокирования ведущей потребности.
   4. Результат определенных невротических черт.
3. К невротическим конфликтам, по В. Н. Мясищеву, не относится:
   1. Истерический.
   2. Обсессивно-психастенический.
   3. Фобический.
   4. Неврастенический.
4. Неврастенический конфликт, по В. Н. Мясищеву, — это:
   1. Чрезмерно завышенные претензии личности в сочетании с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий.
   2. Несоответствие между высокими требованиями к себе и недостаточными физическими или психическими возможностями этой личности.
   3. Конфликт между потребностями личности, ее желаниями и невозможностью их удовлетворить по причине морали, долга.

5. Интерпретация является специфическим методом:
   1. Психоанализа.
   2. Гештальт-терапии.
   3. Когнитивной терапии.
   4. Клиент-центрированной терапии.
6. К динамическому подходу в психотерапии не относится:
   1. Интерперсональная психотерапия Салливена.
   2. Психотерапия объектных отношений.
   3. Гуманистический психоанализ Э. Фромма.
   4. Логотерапия В. Франкля.
7. Безусловное позитивное отношение к клиенту означает:
   1. Признание права личности на самовыражение.
   2. Принятие любых чувств клиента.
   3. Принятие уникальности личности клиента.
   4. Принятие любого поведения клиента.
8. В клиент-центрированной терапии К. Роджерса объект работы — это:
   1. Сновидения.
   2. Взаимоотношения с терапевтом.
   3. Мотивы поведения клиента.
   4. Чувства.
9. Конечной целью гештальт-терапии является:
   1. Осознание актуальных мыслей и чувств.
   2. Интеграция личности.
   3. Завершение незаконченных ситуаций.
   4. Осознание конфликта.
10. К механизмам дезинтеграции личности в теории гештальт-терапии не относится:
    1. Проекция.
    2. Интроекция.
    3. Контаминация.
    4. Ретрофлексия.
11. К когнитивным искажениям, по А. Беку, не относится:
    1. Персонализация.
    2. Конфлюенция.

3. Дихотомическое мышление.
4. Преувеличение.

12. К специфическим когнитивным техникам, по А. Беку, относится:
    1. Декатастрофизация.
    2. Когнитивное реструктурирование.
    3. Сократовский диалог.
    4. Тренинг прививки стресса.
13. Когнитивная триада при депрессии описана:
    1. А. Эллисом.
    2. Дж. Келли.
    3. К. Роджерсом.
    4. А. Беком.
14. Роль лидера характерна для группового терапевта в:
    1. Группах с психоаналитической ориентацией.
    2. Группах трансактного анализа.
    3. Группах встреч.
    4. Гештальт-группах.
15. Роль комментатора характерна для группового психотерапевта в:
    1. Группах с психоаналитической ориентацией.
    2. Группах с интеракционной ориентацией.
    3. Гештальт-группах.
    4. Группах трансактного анализа.
16. Наиболее эффективный для терапии стиль поведения группового терапевта:
    1. Командир.
    2. Личностно-нейтральный.
    3. Опекун.
    4. Либеральный.
17. К специфическому фактору лечебного действия групповой психотерапии относится:
    1. Конфронтация.
    2. Акцептация.
    3. Альтруизм.
    4. Самоэксплорация.

18. Интерперсональное осознание означает:
    1. Осознание того, что суть проблемы коренится в наличии нарушенных межличностных отношений.
    2. Осознание того, что каждый вносит свой вклад в возникший конфликт.
    3. Внутренние проблемы могут быть решены через гармонизацию интерперсональных отношений.
    4. Осознание собственного вклада в возникновение конфликтов и неприятных ситуаций.
19. Генетическое осознание означает:
    1. Осознание связи между невротическими расстройствами и внутриличностными конфликтами и проблемами.
    2. Осознание причин нарушенных отношений, коренящихся в прошлом.
    3. Понимание того, что невротическое заболевание начинается в детском возрасте.
    4. Осознание роли фактора наследственности в генезе невротических расстройств.
20. Согласно концепции рационально-эмотивной терапии А. Эллиса, причины эмоциональных расстройств лежат в:
    1. Повышенной эмотивности.
    2. Тяжелой психотравмирующей ситуации.
    3. Жестких установках.
    4. Дезадаптивных стереотипах поведения.
21. Медицинская лечебная модель характерна для:
    1. Позитивной терапии.
    2. Патогенетической психотерапии.
    3. Гештальт-терапии.
    4. Поведенческой терапии.
22. Образовательная лечебная модель характерна для:
    1. Рационально-эмотивной терапии.
    2. Клиент-центрированной терапии.
    3. Психодинамической терапии.
    4. Позитивной терапии.

23. Экзистенциальная лечебная модель характерна для:
    1. Когнитивной терапии.
    2. Гештальт-терапии.
    3. Психоаналитической терапии.
    4. Трансакционного анализа.
24. Тревога рассматривается в качестве основной проблемы в:
    1. Психоанализе.
    2. Поведенческой терапии.
    3. Гештальт-терапии.
    4. Личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.
25. Какой вид научения лежит в основе систематической десенситизации:
    1. Классическое обусловливание.
    2. Оперантное обусловливание.
    3. Инструментальное обусловливание.
    4. Моделирование.
26. Какой вид научения лежит в основе поведенческой процедуры жетонной системы:
    1. Классическое обусловливание.
    2. Оперантное обусловливание.
    3. Моделирование.
    4. Социальное научение.
27. При сексуальных расстройствах терапией выбора является:
    1. Конфликт-центрированная терапия.
    2. Клиент-центрированная терапия.
    3. Гештальт-терапия.
    4. Когнитивно-поведенческая терапия.
28. К конфликт-центрированным формам психотерапии относится:
    1. Когнитивная терапия.
    2. Патогенетическая психотерапия.
    3. Клиент-центрированная терапия.
    4. Гештальт-терапия.

29. Языку тела придается особое значение в:
    1. Психоаналитической терапии.
    2. Гештальт-терапии.
    3. Трансакционном анализе.
    4. Клиент-центрированной терапии.
30. Техника «Заполнение пустоты» используется в:
    1. Психодраме.
    2. Гештальт-терапии.
    3. Позитивной терапии.
    4. Когнитивной терапии А. Бека.

Ответы на контрольные вопросы (тестовый контроль)

1 — 2; 2 — 2; 3 — 3; 4 — 2; 5 — 1; 6 — 4; 7 — 2; 8 — 4; 9 — 2; 10 — 3; 11 — 2; 12 — 1; 13 — 4; 14 — 2; 15 — 2; 16 — 3; 17 — 3; 18 — 4; 19 — 2; 20 — 3; 21 — 2; 22 — 1; 23 — 2; 24 — 2; 25 — 1; 26 — 2; 27 — 4; 28 — 2; 29 — 2; 30 — 4.

Список литературы

На русском языке

1. *Александров А. А.* Патогенетическая психотерапия: современное состояние и перспективы // Психотерапия. 2003. № 1. С. 8–12.
2. *Александров А. А.* Проблемы интегративной психотерапии. В кн.: Психология и психотерапия. СПб., 2002. С. 17–23.
3. *Александров А. А.* Психотерапия: Учебное пособие. СПб., 2004.
4. *Александров А. А., Бараш Б. А., Исурина Г. Л.* и др. Личностно-ориентированная интегративная психотерапия: Методические рекомендации. СПб., 1992.
5. *Александров А. А., Исурина Г. Л., Карвасарский Б. Д.* и др. Современные формы подготовки и усовершенствования врачей в области психотерапии: Методические рекомендации. Л., 1990.
6. *Брински Б.* Гештальт-терапия. СПб., 1996.
7. *Вассерман Л. И., Журавель В. А.* В. Н. Мясищнев и медицинская психология. В кн.: Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. СПб., 1994. С. 12–25.
8. *Вольперт И. Е.* Психотерапия. М., 1972.
9. *Гингер С., Гингер А.* Гештальт-терапия контакта. СПб., 2001.
10. *Гринсон Р.* Практика и техника психоанализа. Новочеркасск, 1994.
11. Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975.
12. Групповая психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. М., 1990.
13. *Зацепицкий Р. А.* Психологические аспекты психотерапии больных неврозами. В кн.: Актуальные вопросы медицинской психологии. Л., 1974. С. 54–69.
14. *Зачепицкий Р. А.* О патогенетической психотерапии при неврозах. В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973. С. 27–39.

15. *Зейгарник Б. В.* Теории личности в зарубежной психологии. М., 1982.
16. *Иовлев Б. В.*, *Карпова Э. Б.* Концепция отношений В. Н. Мясищева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1996. № 1. С. 14–23; 1996. № 2. С. 129–136; 1996. № 3. С. 5–12; 1996. № 4. С. 94–102.
17. *Исурина Г. Л.* Задачи и механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в свете разработки интегративной модели. В кн.: Интегративные аспекты современной психотерапии. СПб., 1992. С. 33–39.
18. *Исурина Г. Л.* Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений. В кн.: Групповая психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера). М., 1990. С. 89–120.
19. *Исурина Г. Л.*, *Карвасарский Б. Д.*, *Ташлыков В. А.* и др. Развитие патогенетической концепции неврозов и психотерапии В. Н. Мясищева на современном этапе. В кн.: Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. Л., 1994. С. 100–109.
20. *Карвасарский Б. Д.* Групповая психотерапия: значение и перспективы использования в комплексном лечении больных неврозами. В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975. С. 19–26.
21. *Карвасарский Б. Д.* Интегративные аспекты психотерапии: основные понятия и перспективы развития. В кн.: Интегративные аспекты современной психотерапии. Л., 1992. С. 7–12.
22. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы: Руководство для врачей. М., 1990.
23. *Карвасарский Б. Д.*, *Исурина Г. Л.*, *Мелик-Парсаданов М. Ю.* и др. Групповая психотерапия при неврозах: Методические рекомендации. М., 1981.
24. *Карвасарский Б. Д.*, *Мурзенко В. А.* Групповая психотерапия при неврозах. В кн.: Актуальные вопросы медицинской психологии. Л., 1974. С. 70–76.
25. *Лапин И. П.* Плацебо и терапия. СПб., 2000.
26. *Морли Ст.*, *Шефферд Дж.*, *Спенс С.* Методы когнитивной терапии в тренинге социальных навыков. СПб., 1996.
27. *Мурзенко В. А.* Групповая психотерапия при неврозах. В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975. С. 77–83).

28. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. Л., 1960.
29. *Мясищев В. Н.* О генетическом понимании психоневрозов. В кн.: Советская невропсихиатрия. Л., 1939. С. 112–140.
30. *Мясищев В. Н.* О патогенезе и структуре невроза. В кн.: Труды Всеукраинского съезда психоневрологов. Харьков, 1934. С. 498–505.
31. *Мясищев В. Н.* Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека. В кн.: Психологическая наука в СССР. М., 1960. С. 110–125.
32. *Мясищев В. Н.* Понятие личности и его значение для медицины. В кн.: Методологические проблемы психоневрологии. Л., 1966. С. 25–55.
33. *Мясищев В. Н.* Проблема личности в психологии и медицине. В кн.: Актуальные вопросы медицинской психологии. Л., 1974. С. 5–25.
34. *Мясищев В. Н.* Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья. В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973. С. 7–20.
35. *Никольская И. М., Грановская Р. М.* Психологическая защита у детей. СПб., 2000.
36. *Перлз Ф.* Опыты психологии самопознания. М., 1993.
37. *Петровский А. В.* К разработке социально-психологического подхода к групповой психотерапии. В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. Л., 1975. С. 7–11.
38. *Петровский А. В., Туревский М. А.* К вопросу о социально-психологических основах групповой психотерапии. В кн.: Клинико-психологические исследования групповой психотерапии. Л., 1979. С. 9–18.
39. Психодиагностика и психокоррекция / Под ред. А. А. Александрова. СПб., 2008.
40. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб., 2000.
41. Психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб., 2000.
42. *Робер М.-А., Тильман Ф.* Психология индивида и группы. М., 1988.
43. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.
44. *Роджерс К.* О групповой психотерапии. М., 1993.

45. *Рудестам К.* Групповая психотерапия. М., 1990.
46. *Сандлер Дж., Дэр К., Холдер А.* Пациент и психоаналитик: основы психоаналитического процесса. М., 1995.
47. *Свядощ А. М.* Неврозы и их лечение. М., 1971.
48. *Соколов Э. В.* Введение в психоанализ. СПб., 1999.
49. *Ташлыков В. А.* Общие факторы психотерапии как одна из предпосылок интегративной психотерапии. В кн.: Интегративные аспекты современной психотерапии, СПб., 1992. С. 13–19.
50. *Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С.* Психодинамическая психотерапия: Краткое руководство. СПб., 1992.
51. *Уэллс Г.* Крах психоанализа. М., 1968.
52. *Фейдимен Дж., Фрейгер Р.* Личность и личностный рост. М., 1985.
53. *Фрейд З.* Психология бессознательного (сборник произведений). М., 1989.
54. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М., 1993.
55. *Шерешевский А. М.* Жизненный и творческий путь В. Н. Мясищева. В кн.: Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. Л., 1994. С. 5–11.
56. *Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2007.
57. *Энрайт Дж.* Гештальт, ведущий к просветлению. СПб., 1994.
58. *Яковлева Е. К.* Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении. Л., 1958.

На иностранных языках

1. *Adler A.* The practice and theory of individual psychology. New York: Humanities, 1929.
2. *Beck A. T., Weishaar M. E.* Cognitive Therapy. In: Corsini R. J. Current psychotherapies (4^{th} ed.). Itasca, Ill.: Peacock, 1989, p. 285–320.
3. *Bernstein D. A., Roy E. J., Srull Th. K., Wickens Ch. D.* Psychology. Houghton Mifflin Co, Boston, 1988.
4. *Corsini R. J.* Introduction. In: Current psychotherapies (4^{th} ed.). Itasca, Ill.: Peacock, 1989, p. 1–16.
5. *Doyle Ch. L.* Explorations in Psychology. Brooks Cole Pub. Co, Monterey, California, 1987.

6. *Ellis A.* Rational-Emotive Therapy. In: Corsini R. J. Current psychotherapies (4th ed.). Itasca, Ill.: Peacock, 1989, p. 197–238.
7. *Fagan G., Shepherd I. L.* Gestalt therapy now. New York: Harper a. Row, 1971.
8. *Freud A.* The Ego and the Mechanisms of Defense, Hogart Press, 1937.
9. *Hartman H.* Ego psychology and the problem of adaptation. New York: International Universities Press, 1958.
10. *Horney K.* New Ways in Psychoanalysis. Norton: New York, 1939.
11. *Horney K.* Our Inner Conflicts: Norton: New York, 1945.
12. *Kratochvil S.* Skupinova psychoterapie neuros. Avicenum. Praha, 1978.
13. *Lauterbach W.* Psychotherapie in der Sowjetunion. Urban & Schwarzenberg. Munchen–Wien–Baltimore, 1978.
14. *Mellibruda J.* Teoria i praktyka terapii gestalt. W: Terapia grupowa w psychiatrii. Warszawa, 1980, s. 159–192.
15. *Perls F.* Gestalt therapy verbatim. Lafayette, CA: Real Peaple Press, 1969.
16. Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch fur Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 1996.
17. *Tillet R.* Gestalt therapy in theory and practice. Brit. J. Psychiat., 1984, p. 231.
18. *Wilson G. T.* Behavior Therapy. In: Corsini R. J. Current psychotherapies (4th ed.). Itasca, Ill.: Peacock, 1989, p. 241–282.
19. *Ziferstein I.* In: Corson S. A. et al. Psychiatry and Psychology in the USSR. Plenum Press, 1976.

Александров Артур Александрович

Интегративная психотерапия

Заведующий редакцией	*П. Алесов*
Ведущий редактор	*О. Кувакина*
Выпускающий редактор	*Е. Егерева*
Литературный редактор	*О. Кувакина*
Художественный редактор	*А. Татарко*
Корректоры	*И. Клименченко, Н. Сулейманова*
Верстка	*Е. Егерева*

Подписано в печать 18.11.08. Формат 60 × 90/16. Усл. п. л. 22. Тираж 2000. Заказ

ООО «Питер Пресс», 198206, Санкт-Петербург, Петергофское шоссе, д. 73, лит. А29.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2;
95 3005 — литература учебная.